

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – NFR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: Enfermagem Assistencial Aplicada – INT 5134**

**EDNA RODRIGUES
LUCIANA PATRÍCIA NASCIMENTO
MICHEL MAXIMIANO FARACO
PATRÍCIA MARIA MARCON**

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA ENFOCANDO A CAPACITAÇÃO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Florianópolis, fevereiro de 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – NFR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: Enfermagem Assistencial Aplicada – INT5134

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA ENFOCANDO A CAPACITAÇÃO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0399
Título: O processo de trabalho do
enfermeiro na equipe de saúde : uma

972493022 Ac. 241731
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

*Relatório de Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Enfermagem da UFSC, apresentado
na Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada.*

**ACADÊMICAS (O):
EDNA RODRIGUES
LUCIANA PATRÍCIA NASCIMENTO
MICHEL MAXIMIANO FARACO
PATRÍCIA MARIA MARCON**

**ORIENTADORA:
PROF^a DR^a FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS**

**SUPERVISORAS:
SÔNIA MARIA POYER
SUELI MORASTONI**

**BANCA EXAMINADORA:
PROF^a DR^a FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS (PRESIDENTE)
PROF^a DR^a ELZA BERGER SALEMA COELHO
ENFERMEIRA SÔNIA MARIA POYER
ENFERMEIRA SUELI MORASTONI**

Florianópolis, fevereiro de 2003

ACADÊMICOS



EDNA RODRIGUES



LUCIANA PATRÍCIA NASCIMENTO



MICHEL MAXIMIANO FARACO



PATRÍCIA MARIA MARCON

AGRADECIMENTOS GERAIS

**A Deus,
Por ter nos concedido o dom da vida e por estar sempre presente.**

**Às Agentes Comunitárias de Saúde,
Iracema, Janaina, Kula, Lucimar, Marina, Priscila, Roseli, Sâmela, Tânia e Teresinha,
Por aceitarem participar desta jornada, uma vez que sem as suas disponibilidades, este trabalho não se concretizaria, somos gratos por todo auxílio e carinho a nós dedicados.
Esta experiência estará sempre guardada em nossos corações.**

**À nossa orientadora, Dra. Flávia,
Por todo carinho, respeito e dedicação, por propiciar nosso crescimento profissional e também pessoal.**

**À Professora Dra. Elza, Membro de Nossa Banca,
Por ter nos ajudado a elucidar alguns fatos e contribuir de maneira significativa em nosso trabalho.**

**Às Supervisoras, Sueli e Sônia,
Pela Colaboração, dedicação e apoio nesta etapa decisiva de nossas vidas**

À Enfermeira Dra. Eliana Marília Faria pelo convite, incentivo e apoio durante a idealização e realização de nosso trabalho.

**Aos Funcionários da Patologia, em especial, a Professora Grácia, a Vânia e ao Sergio,
pela colaboração, incentivo e apoio nos momentos decisivos de nossa vida acadêmica.**

**A Nós: Edna, Luciana, Michel e Patrícia
Por superarmos as diferenças individuais e nos tornarmos uma equipe que venceu mais este desafio.
Desafios fazem com que você descubra coisas sobre você mesmo, que realmente nunca imaginou. Eles fazem o conhecimento evoluir – fazem você ir além do limite (Cialy Tayson)**

AGRADECIMENTOS INDIVIIDUAIS

AGRADECIMENTOS EDNA

À família: Eder, Salésio, Antônio e Sivia, em especial aos meus pais, pelo amor, incentivo e dedicação, por muitas vezes renunciarem seus desejos em favor dos meus.

Dedico a vocês esta conquista.

Ao meu namorado e amigo, Patrick, pelo apoio ao compreender meus momentos de cansaço, irritação e ausência. Por acreditar em meus potenciais e por fazer parte de mais esta etapa de minha vida. Você é realmente muito especial.

À Bea, por ter contribuído para o nosso crescimento profissional e pessoal, acreditando sempre nas nossas capacidades. Você foi mãe, companheira e amiga, alguém que será guardada para sempre em nossos corações – Edna e Michel.

Às tias, Erilda e Lúcia, auxiliares de enfermagem, por compartilharem comigo suas experiências. Obrigada pelos conselhos preciosos.

Aos familiares do meu namorado, Carla, Rangel e principalmente à Marta e José, por todo apoio e carinho. Vocês são especiais.

Aos amigos, que mesmo distantes sempre torceram por mim.

Às colegas de turma, especialmente a Alessandra e Rosilene pela solidariedade nos momentos mais difíceis. Sou grata por todo o carinho.

AGRADECIMENTOS LUCIANA

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para mais esta conquista em minha vida. No entanto, é necessário agradecer algumas pessoas em especial:

Aos meus pais, Jorge e Edna, que me concederam a vida, o amor, o carinho, a atenção, a educação, o apoio, e nos momentos mais difíceis se doaram a mim para que eu pudesse seguir em frente.

Ao meu noivo, Renato, que antes de tudo, me aceitou do jeito que sou. Agradeço pelas caronas, pelas horas de compreensão, carinho, amor, atenção, mas, agradeço, acima de tudo, por você me ensinar a amar a vida, enfim a viver...

À família do meu noivo, Éelson, Dalva, Olga, Renata, Elaine e Silva, pelos momentos alegres, “satisfação das minhas manhãs”, enfim, pelo carinho e toda atenção a mim dedicados.

Aos amigos e colegas, obrigada pela compreensão, incentivo, pensamento positivo e oportunidade de estar com vocês.

EU AMO TODOS VOCÊS! OBRIGADA POR FAZEREM PARTE DE MIM, DA MINHA VIDA, ENFIM DA MINHA HISTÓRIA.

AGRADECIMENTOS MICHEL

Ao meu pai e melhor amigo, Ricardo Avila Faraco (*in memoriam*), por fazer parte da história da minha vida e por ter acreditado firmemente nesta realização...te amo!

À minha mãe, Luzia Maximiano Faraco, que sempre esteve ao meu lado, por suas orações e consolos...te amo!

À minha irmã, Cindy Maximiano Faraco, por dar sentido a minha vida... te amo!

À minha tia, Claudia Faraco, e sua família (Gabriel e Bento), por sempre me apoiarem, sem os quais não teria realizado este sonho... minha gratidão é eterna!

À minha noiva, Franciele Cascaes da Silva, que fez parte desta conquista e fará parte da minha vida... te amo!

Aos familiares da minha noiva, Gilberto e Maria (pais), Natiele e Greiciele (filhas), por abrilhantarem meus finais de semana... adoro vocês!

Aos demais, que me incentivaram, que oraram, que me orientaram, que me consolaram, que me deram oportunidades, que me aconselharam... meu muito obrigado!

AGRADECIMENTO PATRÍCIA

"DEDICO ESTE TRABALHO COMO AGRADECIMENTO A TODAS AS PESSOAS QUE CONTRIBUÍRAM PARA QUE ELE SE CONSOLIDASSE. PRINCIPALMENTE AO MEU PAI..."

E EM ESPECIAL:

À Deus, por me ensinar o valor da VIDA, me iluminar e proteger em todas as situações.

Aos meus pais, Sady e Itamira, pela força interior e integralidade como pessoas, em me darem todo o amor, apoio, carinho e dedicação para a consolidação do meu ser.

Muito obrigada por vocês existirem em minha vida!

Aos meus padrinhos, Neura e Remi, por serem pessoas exemplares, e por me acolherem nesta vida, com todo seu amor, atenção, dedicação e ensinamentos.

Minha gratidão é eterna.

Ao meu grande e eterno amor, Renato: pela dignidade, integralidade e sinceridade como pessoa; pela doçura de amar; por ter me ensinado o "Dom de Amar" e por estar presente em todos os momentos nestes quatro anos.

Você fez eu acreditar no amor. Amo você!!!

À amiga, conselheira e minha mãezinha Grácia, que me ensinou valores imprescindíveis para a vida. Você me mostrou que vale a pena investir em nossa alma.

Você tem um lugar especial no meu coração!!!

Ao Departamento de Patologia, especialmente aos amigos: Vânia, Sérgio e Magda, pela amizade, sinceridade, carinho, compreensão e cuidado comigo em todos os momentos.

Vocês são minha família do coração!!!

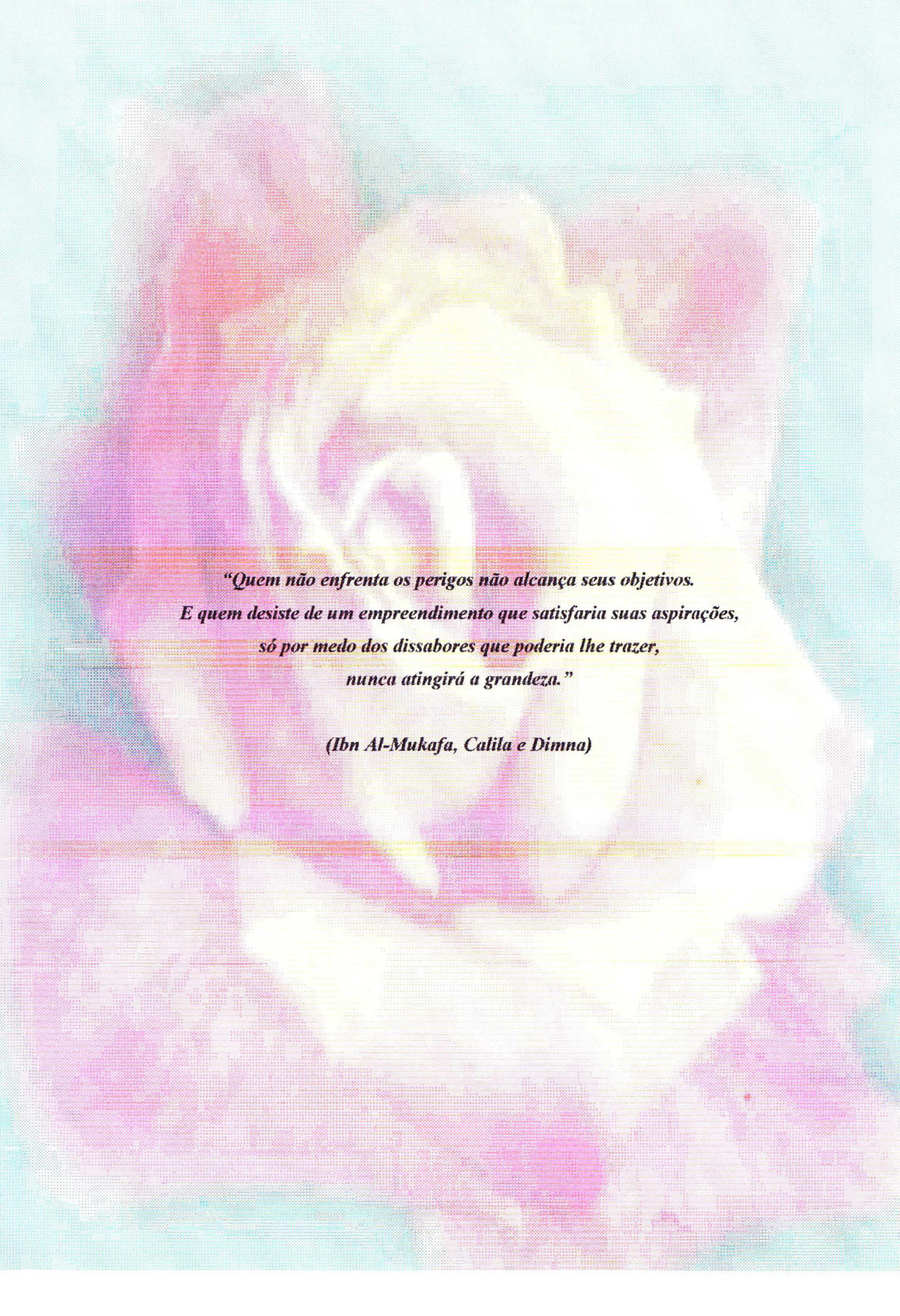
À amiga Flávia, que com todo seu jeitinho especial e ético de ser, me mostrou que iniciativa e persistência constroem o profissional.

Ao Departamento de Enfermagem, em especial:

- À Prof. Dra. Vera Radunz, pela atenção, carinho, visão de realidade e acreditar em meus potenciais.
- À Cida e Odete, pela amizade e simpatia em me acolherem.
- À querida Luzia, por ter um coração repleto de bondade e solidariedade.

Às amigas Jaque e Jéssica, por me ensinarem o significado da palavra AMIZADE.

COM CARINHO...
PATRÍCIA MARIA MARCON



***“Quem não enfrenta os perigos não alcança seus objetivos.
E quem desiste de um empreendimento que satisfaria suas aspirações,
só por medo dos dissabores que poderia lhe trazer,
nunca atingirá a grandeza.”***

(Ibn Al-Mukafa, Calila e Dimna)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1. Evolução das Políticas de Saúde	16
2.1.1. Final do Século XIX até a década de 30	16
2.1.2. De 1930 a 1950	17
2.1.3. Período Desenvolvimentalista: 1950 a 1960	17
2.1.4. Período do Regime Militar	18
2.1.5. Período da Nova República	18
2.1.6. Saúde para Todos	19
2.1.7. O Sistema Único de Saúde	21
2.1.8. Atenção Básica à Saúde	24
2.2. O Programa de Saúde da Família.....	25
2.2.1. A Equipe de Saúde da Família	27
2.2.2. A atuação do (a) enfermeiro (a) na equipe de saúde da família.....	29
2.2.3. A atuação do Agente Comunitário de saúde na Equipe de Saúde da Família.....	31
2.2.4. A atuação do auxiliar de Enfermagem na Equipe de Saúde da Família.....	34
2.2.5. A atuação do Médico na Equipe de saúde da família.....	35
2.2.6. A capacitação da equipe de saúde da família.....	35
3. QUESTÕES ÉTICAS.....	40
4. OBJETIVOS	
4.1. Geral.....	43
4.2. Específicos.....	43
4.3. Objetivo alcançado mas não previsto.....	44
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	45
5.1. Pressupostos.....	45
5.1.1. Pressupostos: Beatriz Capella.....	46

5.1.2. Pressupostos: Grupo.....	46
5.2. Conceitos.....	47
5.2.1. Ser humano.....	47
5.2.2. Sociedade.....	48
5.2.3. Processo saúde-doença.....	48
5.2.4. Enfermagem.....	49
5.2.5. Processo de Trabalho em Saúde.....	50
5.2.6. Processo de Trabalho em Enfermagem.....	51
5.2.7. Programa Saúde da Família.....	51
5.2.8. Processo Educativo Problematicador.....	52
5.3. Inter-relação dos conceitos.....	53
6. METODOLOGIA.....	54
6.1. Processo de Enfermagem x Metodologia Problematicadora.....	59
7. DO PLANO À AÇÃO: A DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL EDUCATIVA.....	61
7.1. Objetivo Geral.....	61
7.1.1. Ações educativas decorrentes da problematização e do planejamento.....	78
8. DO PLANO À AÇÃO: O DESENVOLVIMENTO DE OBJETIVOS E CONHECIMENTOS PARA UMA AÇÃO CRÍTICA.....	103
8.1. Objetivos Específicos.....	103
8.1.1. Contextualizar o município de Biguaçu, quanto aos aspectos sociais, políticos e econômicos, bem como quanto à organização dos serviços de saúde no município.....	103
8.1.2. Reconhecer o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família da Unidade de saúde Jardim Janaína.....	109
8.1.3. Conhecer o trabalho do enfermeiro e desenvolver atividades de sua responsabilidade numa equipe de saúde de família.....	117
8.1.4. Conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde.....	121
8.1.5. Apreender as necessidades dos agentes comunitários frente ao seu processo de trabalho, utilizando o referencial teórico do Processo de Trabalho de Capella e Leopardi, 1998.....	123
8.1.6. Avaliar o desenvolvimento e resultados das atividades educativas.....	123
8.1.7. Refletir sobre questões éticas relacionadas ao trabalho da enfermagem no PSF, manifestando atitudes coerentes com o código de Deontologia da Enfermagem.....	127

8.1.8. Participar de um evento pertinente à Saúde Pública.....	130
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133

REFERÊNCIAS.....	136
------------------	-----

LISTA DE APÊNDICES.....	140
-------------------------	-----

- A. Informação e Consentimento Pós – Informação
- B. Relatório do Treinamento para ACS – Redução de Danos
- C. Cartilha do Agente Comunitário de Saúde
- D. Transparências Utilizadas no Treinamento Introdutório para ACS
- E. Agenda do Agente Comunitário de Saúde
- F. Folder Cães
- G. Folders PACS, PSF e ACS
- H. Relatório de Atividade Educativa na Escola Fernando Viegas de Amorim
- I. Relatório da Palestra do Médico para ACS sobre verminoses
- J. Relatório de algumas das Visitas Domiciliares Realizadas
- K. Relatório das participações em Grupos de idosos, diabéticos e hipertensos
- L. (Re) Conhecimento da Sala de Vacina
- M. Relatório das Reuniões do PSF em Biguaçu
- N. Instrumento Processo de Trabalho Enfermeiro
- O. Diagnóstico de Saúde da Comunidade do Jardim Janaína
- P. Participação na Reunião do Conselho Municipal de Saúde – Biguaçu/SC
- Q. Educação em saúde: Orientação sobre planejamento familiar e prevenção de DST/AIDS
- R. Instrumento Processo de Trabalho do ACS
- S. Questionário

LISTA DE ANEXOS.....	185
----------------------	-----

- A. Família
- B. Mensagem – A Quem Pertence?
- C. Folders entregues às ACS no Curso de Atualização
- D. Perfil da População
- E. Perfil do Saneamento Básico
- F. Perfil da Assistência à Saúde
- G. Texto de Doenças Exantemáticas

RESUMO

Este trabalho trata-se da aplicação do projeto teórico-prático assistencial, anteriormente desenvolvido pelo grupo, como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Desenvolveu-se no período de setembro de 2002 a fevereiro de 2003, numa Unidade de Saúde da Família, situada no bairro Jardim Janaína, Biguaçu/SC. Sendo assim, neste trabalho, decidiu-se estudar as dimensões administrativa, assistencial e educativa do Processo de Trabalho do(a) Enfermeiro(a), no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF). Com a proposta de desenvolver uma prática assistencial educativa com Agentes Comunitários de Saúde de uma Equipe de Saúde da Família, a luz de um referencial teórico adaptado e da Metodologia Problematicadora. Ao final das atividades, percebeu-se que esta metodologia tornou-se um instrumento adequado e satisfatório para promover e compreender o Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. O enfoque na educação problematicadora e no processo de trabalho justifica-se por apresentar, adicionalmente, um grande potencial de aplicação a outras realidades de trabalho, com diferentes trabalhadores e campos de atuação técnica.

PALAVRAS CHAVES: Programa de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Processo de Trabalho, Metodologia Problematicadora.

1. INTRODUÇÃO

O curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina é constituído de oito semestres, sendo que o último é dedicado “exclusivamente” à disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, cujo objetivo é desenvolver um trabalho teórico-prático de conclusão de curso, com carga horária de 306 horas.

Sendo alunos desta disciplina e elaborando nosso trabalho de final de curso, decidimos estudar sobre as dimensões administrativa, assistencial e educativa da Enfermagem no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), junto aos Agentes Comunitários da Saúde (ACS).

Assim, este projeto visualizou o trabalho da (o) Enfermeira (o) numa equipe de Programa de Saúde da Família, propondo uma prática assistencial educativa que foi desenvolvida numa Unidade de Saúde – Programa Saúde da Família, situada no bairro Jardim Janaína, Biguaçu/SC, com Agentes Comunitárias de Saúde, a partir da identificação e problematização do seu processo de trabalho no Programa de Saúde da Família, utilizando-se do recurso da Metodologia Problematicadora.

Quanto ao PSF, o município de Biguaçu conta atualmente com 13 Unidades de Saúde; 12 equipes de saúde da família; 110 Agentes Comunitários de Saúde, distribuídos conforme necessidade local e número de habitantes da população adscrita. Estas equipes correspondem a uma cobertura de aproximadamente 85% da população de Biguaçu. A Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína contém apenas uma Equipe de Saúde da Família, constituída de 01 médico, 01 Enfermeira, 02 técnicas de enfermagem e 10 Agentes Comunitárias de Saúde.

Criado em 1994, pelo Ministério Nacional de Saúde, o PSF tem o intuito de valorizar a territorialização; criar vínculos com a população; garantir a integralidade na assistência básica

de saúde; enfatizar a promoção da saúde e trabalhar multidisciplinarmente para prestar assistência à população. Este foi desenvolvendo-se e respondendo positivamente às estratégias propostas, o que fez com que o governo, a partir de 1996, investisse com verbas regulares e crescentes, através da criação do Piso de Atenção Básica (PAB). Em maio de 2002, o PSF contava com mais de 15.000 equipes de saúde da família e mais de 160.000 Agentes Comunitários de Saúde, atuando em mais de 4.000 municípios brasileiros, assistindo a 50.000.000 de brasileiros, que corresponde a menos de um terço da população brasileira (SIAB, 2002).

Os ACS possuem um papel importante dentro do PSF, constituindo um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, isto é, entre o que a comunidade necessita e o que os serviços oferecem. Daquele lado, os Agentes Comunitários de Saúde precisam saber interagir com a população, ter empatia e credibilidade junto às pessoas, para que as mesmas possam confiar no serviço prestado e se necessário procurá-lo, usufruindo os serviços adequadamente.

Em nossa concepção, percebemos que o PSF reconhece a importância do trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde, como uma pessoa da própria comunidade local que, ao exercer seu trabalho, identifica valores e hábitos culturais e contribui significativamente para a execução de ações do PSF.

Nós não consideramos os Agentes Comunitários profissionais da saúde, pois não recebem qualquer tipo de formação que os habilite para tal exercício profissional, apenas, após selecionados para atuar numa Equipe de Saúde da Família, recebem um treinamento introdutório que aborda as políticas nacionais de saúde, normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde e, principalmente, as estratégias do PSF. No entanto, verificamos que este treinamento nem sempre é realizado e/ou suficiente, por isso, muitos Agentes Comunitários da Saúde sentem dificuldades no desenvolvimento de seu processo de trabalho.

Conforme relatos e observações a situação dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Biguaçu é semelhante, principalmente frente à grande rotatividade destes trabalhadores. Anteriormente às atividades teórico-práticas deste estudo, realizou-se uma visita à Unidade de Saúde Jardim Janaína e, em contato direto com as Agentes Comunitárias Locais, constatou-se que estas demonstravam, além da necessidade, o interesse em compreender melhor os objetivos do seu trabalho e em adquirir conhecimentos básicos à sua atuação e formas de abordagem da comunidade, entre outros temas.

Esta questão sobre as necessidades vivenciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no seu processo de trabalho motivou-nos a acompanharmos esses trabalhadores e desenvolver uma prática assistencial em que, num primeiro momento, aplicamos junto aos ACS, a metodologia problematizadora, a partir da qual (re) surgiu a necessidade de um Treinamento Introdutório e de Cursos de Atualização. Após a realização destas atividades, verificamos o interesse, ainda maior das ACS, através de seus relatos e manifestações, em ampliar conhecimentos pertinentes ao seu processo de trabalho.

O bairro Jardim Janaína possibilitou a visualização de uma comunidade que necessita de assistência de saúde, e que, em contrapartida, possui uma Equipe de Saúde da Família empenhada e interessada em resgatar os princípios estabelecidos pelo Programa, como forma de promover a saúde dos usuários.

Neste sentido, o grupo de acadêmicos uniu-se aos esforços da equipe, no intuito de contribuir tanto para o serviço local (e conseqüentemente para população), quanto para nossa futura carreira profissional.

Sempre tivemos em mente, e constatamos na prática, que o trabalho desenvolvido com o Agente Comunitário de Saúde é algo ainda pouco explorado, entretanto de grande importância, pois oferece suporte para o planejamento dos serviços prestados à comunidade. Apesar do reconhecimento de que o PSF incorporou e deu nova roupagem às antigas propostas e experiências de medicina comunitária e de que não representou ainda o avanço desejado em termos de política pública e oferta de serviços de saúde de boa qualidade à toda a população brasileira, sabemos da importância de valorizar e ampliar os espaços possíveis de acesso aos serviços, bem como de lutar pela sua crescente qualificação.

Sendo assim, um estudo do Processo de Trabalho das ACS no PSF poderia nos proporcionar um conhecimento mais apurado da administração em enfermagem em saúde pública e contribuiu para um maior reconhecimento sobre as necessidades das ACS, as especificidades de seu trabalho dentro do PSF e um maior compromisso profissional para com o acesso de toda a população às ações e cuidados prestados por uma enfermagem qualificada.

A partir do exposto, traçou-se uma pergunta problema que norteou a nossa prática assistencial:

Como o instrumental da educação problematizadora pode ser aplicado pela Enfermeira para promover o desenvolvimento do Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde?

Considerou-se que tal enfoque na educação problematizadora e no processo de trabalho justifica-se por apresentar, adicionalmente, um grande potencial de aplicação a outras realidades de trabalho, com diferentes trabalhadores e campos de atuação técnica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico é um instrumento fundamental para o planejamento, organização, execução e avaliação das atividades a serem desenvolvidas durante todo o estudo. Desta forma, este capítulo permitir-nos-á vislumbrar a Evolução das Políticas de Saúde, Essência da Estrutura Filosófica do Programa de Saúde da Família; as Atividades da Equipe assim como as Atribuições de cada membro, além de explorar o Vínculo das Atribuições da Enfermeira com o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

2.1. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Como forma de compreender melhor a atual conjuntura do setor saúde, seus limites e possibilidades, apresentaremos a seguir um breve resgate da evolução das políticas de saúde no Brasil, tendo como base, os cinco períodos apontados por Luz (1991) apud Coelho et all. (2001, p. 15-32)

2.1.1. FINAL DO SÉCULO XIX ATÉ A DÉCADA 30

Este período é marcado pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com práticas higienistas (práticas de higiene voltadas para a saúde) e sanitárias, a fim de combater as graves epidemias surgidas com a urbanização (consequência da industrialização) e mais tarde, as endemias rurais.

2.1.2. DE 1930 A 1950

A industrialização, a urbanização acelerada e as precárias condições de vida e saúde de trabalhadores, chamou a atenção para um redimensionamento das políticas sociais vigentes. Assim, ao longo da década de 30, a política de saúde se organiza em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária.

A medicina previdenciária surge com a criação dos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs), organizados por categoria profissionais.

Neste mesmo período é criado o Ministério da Educação e Saúde, compreendendo dois departamentos nacionais, o de Educação e o de Saúde. Em 1934, o Departamento Nacional de Saúde (DNS) é transformado em Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médica – Social.

Na década de 40, com a intensificação da industrialização e da urbanização, ocorreu também o crescimento da rede previdenciária e o aumento dos gastos com a assistência médica neste setor.

Há uma intenção de garantir a produção industrial, estendendo os benefícios aos trabalhadores (incluindo assistência médica).

2.1.3. PERÍODO DESENVOLVIMENTISTA: 1950 A 1960

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, se, por um lado, evidencia a importância da saúde pública, mostra também seu caráter secundário no conjunto das prioridades. Devido a partilha entre a Educação e a Saúde, o setor saúde ficou com a menor parte dos recursos, tendo que manter, basicamente, a estrutura do Antigo DNS, mesmo frente a ampliação do quadro de enfermidades sobre seu cuidado.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), com a função de controlar os serviços de combate à enfermidades endêmicas.

Em 1963, houve a expansão da Assistência Médica Previdenciária, com grande aumento das despesas por parte da rede particular contratada, iniciando – se, assim , a crise financeira no setor.

Neste período criou-se, também, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que prioriza a contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos da Previdência Social.

2.1.4. PERÍODO DE REGIME MILITAR

Em 1966, o Estado unifica o IAPs ao INPS, e o Ministério da Saúde formula a política nacional de saúde, caracterizado por dois modelos: o sanitarismo campanhista e o curativo de atenção médica.

Neste período, as políticas de saúde priorizavam a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, de caráter preventivo e, em especial, aquelas de interesse coletivo.

Como estratégia de priorização da atenção primária de saúde, em 1976, foi formulado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, primeiramente destinado à região Nordeste, sendo mais tarde, em 1979, estendido às outras regiões do Brasil.

2.1.5. PERÍODO DA NOVA REPÚBLICA

Em 1980 foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE, tendo por base as proposições de Alma-Ata.

Apesar da inviabilização, o PREV-SAÚDE serviu de base, em 1982, para a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do CONASP, com a intenção de reverter gradualmente o modelo médico assistencial, através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS).

Neste momento o Ministério da Saúde investe em programas preventivos, lançando os Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Idoso, do Trabalhador e a Saúde Mental, embora continuasse a ser um ministério com poucos recursos.

O PAIS é transformado em diretriz política, passando a ser chamar Ações Integradas de Saúde – AIS. As mudanças fundamentais foram: a substituição do pagamento por unidade

de serviço pelo pagamento por procedimentos, além da limitação do convênio com hospitais e empresas de saúde.

Em 1985, as AIS transformam-se em política oficial, constituindo-se em estratégia no processo de descentralização de saúde. Nessa época, o Movimento Sanitário Brasileiro começa a se destacar na luta pela transformação do sistema de saúde vigente.

Em 1987 é editado o decreto que cria o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que porém, não alterou o modelo assistencial vigente, persistindo a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos, a estrutura inadequada de financiamento do setor e a ausência de integralidade das ações.

Em 1988, aprovada a Constituição, resgatando-se as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), cria-se o Sistema Único de Saúde – SUS.

2.1.6. SAÚDE PARA TODOS

Em 1977, na Assembléia Mundial da Saúde surgiu a expressão “Saúde para Todos no Ano 2000”, que viria a se afirmar como compromisso dos países que fazem parte das Nações Unidas, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado na cidade de Alma-Ata, em 1978, na antiga URSS, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Alma-Ata passou a ser uma referência mundial e, quando se refere a Alma-Ata, está se referindo ao compromisso “Saúde para Todos” – uma meta a ser alcançada por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária.

Principais pontos de compromisso da Conferência de Alma –Ata (BRASIL, 2000, p. 17):

- a. A saúde é um direito fundamental do homem, e a meta de todos os povos deve ser atingir um alto nível de saúde.*
- b. A desigualdade no estado de saúde dos povos é inaceitável e é motivo de preocupação para todos os países.*
- c. A promoção da saúde dos povos é essencial para o desenvolvimento econômico e social e contribui para melhorar a qualidade de vida e para alcançar a paz mundial.*

- d. A população tem o direito e o dever de participar como indivíduo e como grupo no planejamento e na execução dos cuidados de saúde.*
- e. Os governos têm responsabilidade pela saúde dos povos. A atenção primária à saúde é a chave para atingir essa meta com justiça social.*
- f. Atenção primária significa cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas. Deve fazer parte do sistema de saúde. Deve estar ao alcance de todas as pessoas da comunidade e deve contar com a participação da população. Precisa ter um custo que a comunidade e o país possam suportar.*
- g. O compromisso com a atenção primária à saúde define a influência das condições econômicas e das características sociais, culturais e políticas de cada país sobre a saúde da sua população. Destaca a necessidade de parcerias entre todos os setores ligados ao desenvolvimento da comunidade, como agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, habitação, obras públicas, comunicações. Afirma que a capacitação da comunidade pela educação é fundamental para que ela possa participar do planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária.*

Na declaração de Alma-Ata, a atenção primária é integrada por médicos, Enfermeiras, parteiras, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Desta forma, cada país deve formular um plano de ação para iniciar e manter a atenção primária como parte de um sistema nacional de saúde, compreendido, ao menos, pelas seguintes atividades (BRASIL, 2000, p.18):

- a. A educação a respeito dos problemas de saúde existentes e dos métodos de prevenção e cura.*
- b. A promoção de alimentação adequada.*
- c. O abastecimento de água potável e saneamento básico.*
- d. A assistência materno-infantil, incluindo o planejamento familiar.*
- e. A imunização contra as principais doenças infecciosas.*
- f. A prevenção e controle de doenças endêmicas.*
- g. O tratamento em caso de doenças e acidentes comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais.*

Em novembro de 1986, foi organizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, Canadá, onde foram discutidos os progressos alcançados com os Cuidados Primários de Saúde, a partir da Declaração de Alma-Ata. O resultados da Conferência foi uma Carta de Intenções, denominada Carta de Ottawa, que tinha como objetivo contribuir para a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e Anos Subseqüentes.

A Carta de Ottawa define a Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2000, p. 19)

Essa carta passou a ser o documento orientador da política de Promoção da Saúde no mundo e várias conferências se seguiram para definir as principais questões levantadas, como Adelaide-1988 (Austrália), Sundsvall-1991 (Suécia), Bogotá-1992 (Colômbia) e Jacarta-1997 (Indonésia).

2.1.7. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tempos atrás, a idéia de saúde estava associada a ausência de doenças. Depois se começou a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas vivem e a comportamentos e respostas dos indivíduos a situações do cotidiano. A idéia de saúde passou a ser, portanto, entendida como resultados de um conjunto de fatores que tem a ver com saneamento básico, condição social, com trabalho, renda, nível de educação, entre outros.

Por outro lado, a assistência à saúde da população estava limitada à condição de trabalho. Quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica através das Caixas de Previdência, ou então pagava médicos particulares e, em casos de internação, também pagava pelo serviço. Para quem não tinha emprego registrado ou não podia pagar um médico, a saída era recorrer às Santas Casas de Misericórdias ou aos postos de saúde municipais, que viviam lotados.

Para equilibrar essas desigualdades, começou a surgir um movimento de Reforma Sanitária no Brasil, inspirada em experiências de outros países e nas discussões que aconteceram na Conferência de Alma-Ata. Esse movimento defendia que todos deveriam ter

amplo acesso aos serviços de saúde, independente de sua condição social, e que a saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento e não ser vista apenas pelo lado da previdência social.

A partir de 1985, começaram os preparativos para a elaboração da Constituição Federal. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a tarefa de formular as bases para um sistema de saúde brasileiro.

Resgatando as propostas da Conferência, ou seja, essa nova maneira de entender saúde está incluída na Constituição Federal de 1988, no artigo 196:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Para promover esse acesso universal e igualitário, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. participação da comunidade.

Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade são os três princípios que formam a base do SUS. Todas as políticas e ações que tratam de saúde devem incluir esses três princípios, que foram detalhados nas leis 8.080 e 8.142, publicadas em 1990.

A Lei 8.080 detalha a organização do SUS, que se baseia na descentralização das ações e políticas de saúde e trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo promover o atendimento integral à população.

A Lei 8.142 diz respeito a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde, criando os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Assim, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS, serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas

no artigo 198 da Constituição Federal e artigo 7º da Lei nº 8.080/90. Estas diretrizes podem ser classificadas em princípios doutrinários e princípios organizativos, conforme a seguir (SANTA CATARINA, 2002):

Princípios Doutrinários

- a. **Universalidade** – garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.
- b. **Equidade** – garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira.
- c. **Integralidade** – a assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigindo para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, ou seja, o sistema de saúde deve proporcionar ao indivíduo e à coletividade as condições de atendimento de acordo com as suas necessidades.

Princípios Organizativos

- a. **Regionalização e hierarquização** – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescentes, tanto a nível ambulatorial e hospitalar, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição a ser atendida, com acesso a todo tipo de tecnologia disponível.
- b. **Resolutividade** – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.
- c. **Descentralização** – é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis do governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto, com isso reforçando também o poder Municipal sobre a saúde, que é o que se chama municipalização da saúde.
- d. **Participação dos cidadãos** – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.
- e. **Complementaridade do setor privado** – a Constituição define que quando for necessário, é possível contratar serviços privados, por insuficiência do setor público.

2.1.8. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

“Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. (BRASIL, 1999, p. 09)

A Conferência de Alma-Ata aponta que atenção primária à saúde é a chave para que a meta Saúde para Todos seja atendida com justiça social. Isso por que essas ações correspondem, em média, a 80-85% das necessidades de saúde de uma comunidade.

A organização da Atenção Básica, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos (BRASIL, 1999):

- a. **Integralidade da assistência:** *entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.*
- b. **Universalidade:** *acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.*
- c. **Equidade:** *igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupo de população.*
- d. **Resolutividade:** *eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.*
- e. **Intersetorialidade:** *desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos.*
- f. **Humanização do atendimento:** *responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.*
- g. **Participação:** *democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.*

Para a organização e desenvolvimento da Atenção Básica, devem ser adotadas também estratégias que reorientem o modelo de atenção a saúde e sejam adequadas às realidades locais e municipais.

O **Programa de Saúde da Família**, iniciado com a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde às Unidades Básicas de Saúde, é considerado uma das estratégias para a organização da Atenção Básica e operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS,

contribuindo na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

O PSF é a estratégia prioritária das políticas públicas do Ministério da Saúde. Segue os princípios do SUS, portanto constitui-se como uma estratégia fundamental ao nível de atenção primária que é o pilar mais importante do SUS.

2.2. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O modelo de saúde ainda predominante em nosso país é centralizado em uma assistência curativa e biomédica, na maioria das vezes desvinculada da prevenção, bem como do cuidado integral e humanizado. No desafio de mudar este contexto, o Ministério de Saúde criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários (PACS) na idéia de reorganizar o modelo assistencial em saúde e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente a finalidade deste programa era de colaborar no enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste do Brasil, entretanto, isto era só começo da mudança do modelo que conseqüentemente e propositadamente causaria a vinculação da comunidade às unidades básicas de saúde (SOUZA, 2000). Segundo a intenção do Ministério de Saúde o PACS seria um programa transitório, sendo que a sua formatação seria concretizada através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.

A estratégia do PSF busca uma nova dinâmica para a organização dos serviços de saúde, bem como sua vinculação com o indivíduo, família e comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume a responsabilidade de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade básica de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, descobrindo os fatores de risco aos quais esta população está exposta, diagnosticando-os e intervindo sobre os mesmos, buscando as possíveis soluções para as dificuldades encontradas (SOUZA, 2000).

Propõe-se, ainda a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida [...] Nesta perspectiva, o PSF foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério de Saúde, por não se tratar de intervenção pontual no tempo e no espaço e tampouco de forma vertical ou paralela às

atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas as mudanças radicais do sistema, de forma articulada e perene [...] A efetiva implantação dessa estratégia vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidades compartilhados entre os serviços de saúde e a população. (SOUSA, 2000, p.25).

As principais responsabilidades da atenção básica executadas pela estratégia de saúde da família nas áreas prioritárias de atenção básica de saúde estão descritas na Norma Operacional Básica da Assistência a Saúde 2001 (BRASIL, 2001):

- a) Ações de Saúde da Criança**
 - Vigilância nutricional.
 - Imunização.
 - Assistência às doenças prevalentes na infância.
 - Assistência e prevenção às patologias bucais na infância.
- b) Ações de Saúde da Mulher**
 - Pré-Natal.
 - Prevenção do câncer de colo de útero.
 - Planejamento familiar.
 - Prevenção dos problemas odontológicos em gestantes.
- c) Controle da Hipertensão**
 - Diagnóstico de casos.
 - Cadastramento de Portadores.
 - Busca ativa de casos.
 - Tratamento dos casos.
 - Diagnóstico precoce de complicações.
 - 1º atendimento de urgência.
 - Atendimento à Saúde bucal.
 - Medidas preventivas.
- d) Controle da Diabete Mellitus**
 - Diagnóstico de casos.
 - Cadastramento de Portadores.
 - Busca ativa de casos.
 - Tratamento dos casos.
 - Monitorização dos níveis de glicose do paciente.
 - Diagnóstico precoce de complicações
 - 1º atendimento de urgência.

- Encaminhamento dos casos graves para outro nível de complexidade.
- Medidas preventivas e de promoção à saúde.

e) Controle da tuberculose

- Busca ativa de casos.
- Notificação dos casos.
- Diagnóstico clínico de casos.
- Acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico.
- Cadastramento de Portadores.
- Tratamento dos casos BK + (supervisionado) e BK (auto-administrado).
- Medidas preventivas.

f) Controle da Hanseníase

- Busca ativa de casos.
- Notificação dos casos.
- Diagnóstico clínico de casos.
- Cadastramento de Portadores.
- Tratamento supervisionado dos casos.
- Controle das incapacidades físicas.
- Medidas preventivas.

g) Ações de Saúde Bucal

- Cadastramento de usuários, planejamento, execução e acompanhamento de ações.

2.2.1. A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta por no mínimo 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. Cada Equipe de Saúde da Família é responsável por um número determinado de famílias. É o que se chama de população adscrita. Recomenda-se que cada ESF acompanhe entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas [...] Numa Unidade de Saúde da Família (USF), a atuação de uma só equipe pode ser pouco, duas é bom e três é o máximo recomendável. Entretanto o número ideal de equipes de família varia de acordo com a população a ser atendida. Num bairro urbano ou vila de periferia onde reside muita gente, é o caso de funcionarem duas ou três equipes. Desde que o imóvel utilizado tenha espaço para todas, caso contrário será necessário uma outra Unidade de Saúde da Família para melhor distribuição das equipes que atuam naquela área (BRASIL, 2001,p.66-67).

No Programa de Saúde da Família, os membros da equipe possuem atribuições comuns (BRASIL, 2001,p.75):

- a. Conhecer a realidade das famílias pelos quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;*
- b. identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comum aos quais aquela população está exposta;*
- c. elaborar com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;*
- d. executar, de acordo com cada qualificação profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;*
- e. realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;*
- f. resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;*
- g. garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referencia e contra-referencia para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;*
- h. prestar assistência integral à população adscrita, respondendo a denuncia de forma continua e racionalização;*
- i. coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde;*
- j. promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informações existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados.*
- k. fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;*
- l. incentivos a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;*
- m. auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde.*

Para o alcance dos objetivos propostos pela estratégia de saúde da família é necessário que os componentes da Equipe de Saúde da Família trabalhem 8 horas por dia de Segunda a Sexta-feira. Com esta jornada de trabalho pretende-se que o trabalhador da ESF se dedique efetiva e exclusivamente às suas atividades no PSF, conhecendo o contexto em que está inserido o indivíduo, podendo atuar de forma mais humanizada e conseqüentemente estabelecer um vínculo mais efetivo com a comunidade (BRASIL, 2001).

2.2.2. A ATUAÇÃO DO (A) ENFERMEIRO (A) NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os enfermeiros exercem um papel essencial nas equipes de saúde da família, pois cabe principalmente a eles planejar, organizar, direcionar e avaliar o trabalho desenvolvido, acompanhando e supervisionando o mesmo, responsabilizando-se pela capacitação e educação continuada dos técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como dos Agentes Comunitários de Saúde, além da atuação no cuidado do indivíduo, família e comunidade, tanto na prevenção da doença como na promoção da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas que assistem e da Equipe de Saúde da Família como um todo (BRASIL, 2001).

Estas atitudes determinam o **Processo de Trabalho** do (a) enfermeiro (a) no PSF. pois este é “o processo de uma ação, determinada por uma finalidade, na qual o homem transforma um objeto em um produto, utilizando-se de instrumentos de trabalho”. (GELBCKE et all, 2000, p.75).

Desta forma os componentes de um processo de trabalho são (CAPELLA, 1998):

- a. **Finalidade:** o objetivo que orienta todo o processo de trabalho, sendo a necessidade, a orientação desta finalidade.
- b. **Objeto de trabalho:** a matéria a que se aplica o trabalho, aquilo sobre o que se realiza a atividade.
- c. **Instrumento de trabalho:** é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.
- d. **Força de trabalho:** conjunto de faculdades físicas e mentais do ser humano, (determinadas pelas suas condições de vida, saúde e trabalho, bem como pela sua formação), as quais ele põe em ação toda vez que produz bens ou serviços de qualquer espécie.
- e. **Produto:** a produção de bens é aqui considerada o resultado da produção de algo material, concreto, para ser posteriormente consumido; e produção de um serviço uma atividade onde o resultado não aparece separado de seu consumo, a própria atividade é a mercadoria a ser consumida.

Como no processo geral de trabalho e no Processo de Trabalho em Saúde, o processo de trabalho da Enfermagem tem em seus elementos constitutivos:

- a. **a finalidade do trabalho da Enfermagem:** que depende da (s) necessidade (s) para a qual se destina a ação (trabalho da Enfermagem) e que irá orientar todo o processo de trabalho;
- b. **o(s) objeto(s) de trabalho:** aquele sobre o que se realiza a atividade, onde “(...) já é quase consenso que temos, pelo menos, dois objetos de trabalho – os corpos dos indivíduos, com suas consciências, e a organização da assistência em que, de uma maneira geral, na divisão do trabalho, cabe aos enfermeiros o planejamento e a organização (...) desse trabalho”. (CAPELLA, 1998, p.149);
- c. **os instrumentos de trabalho** são de 3 (três) tipos (GONÇALVES apud LEOPARDI, 1999, p. 151):
 - a. *os que encaminham a aproximação do trabalhador com o objeto de trabalho e que se constituem nas teorias, como sua dimensão intelectual;*
 - b. *os que efetivam a transformação do objeto e se constituem nas técnicas, enquanto dimensão manual;*
 - c. *as condições materiais para a realização do trabalho, ou seja, o local de trabalho.*
- d. **força de trabalho:** a Enfermagem é representada pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de Enfermagem. O que vai determinar as características da força de trabalho de uma determinada profissão é a finalidade para o qual se destina o trabalho;
- e. **produto:** o trabalho da enfermagem não tem como resultado um produto material. São atividades diferenciadas, que estudadas em suas especificidades permitem identificar produtos distintos. Pode ser a prestação de assistência à saúde, onde o produto é indissociável do processo que o produz, é produzida no mesmo momento que é consumida.

Resumidamente, podemos dizer que o Processo de Trabalho em Enfermagem tem como **finalidade** a ação terapêutica de saúde; como **objeto** – o indivíduo ou grupo, com situações de saúde – doença, que necessitam de medidas curativas, preventivas e promocionais de saúde; como **instrumentos de trabalho** – os instrumentos de técnicas e o saber de saúde; e o **produto final** – a própria prestação da assistência de saúde (CAPELLA, 1999).

No PSF o desenvolvimento do processo de trabalho do (a) enfermeiro (a) se dá através das seguintes atribuições (BRASIL, 2001, p. 26):

- a) *Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;*
- b) *realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;*
- c) *planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família (USF);*
- d) *executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;*
- e) *no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;*
- f) *realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;*
- g) *realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001;*
- h) *aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;*
- i) *organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, entre outros;*
- j) *supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.*

O processo de trabalho da enfermagem, no modelo de saúde coletiva, caracteriza-se por três diferentes processos de trabalho: o processo de trabalho “cuidar”, o processo de trabalho “administrar” e o processo de trabalho “educar”. Nas atribuições, citadas anteriormente, encontramos o momento em que o (a) enfermeiro (a) vincula-se ao Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde e, executa, desta forma, o processo de trabalho educar e administrar.

2.2.3. A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Agente Comunitário de Saúde é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora. É um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região.

Tem bom relacionamento com seus vizinhos. Tem condição de dedicar oito horas por dia ao trabalho de ACS. Orientado pelo médico e pela Enfermeira da unidade de saúde, vai de casa em casa e anota tudo o que pode ajudar a saúde da comunidade.

Os Agentes Comunitários de Saúde são pessoas que, independentemente do nível de escolaridade, cumprem os seguintes requisitos formais, que devem ser observados em seu processo de recrutamento e seleção:

- a) residir na comunidade há pelo menos dois anos;
- b) ter 18 anos, ou mais;
- c) ensino fundamental completo;
- d) ter disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades de ACS.

Cabe ressaltar que conforme a Lei nº 10.507 de 10/07/2002 publicada no Diário Oficial da União de 11/7/2002 cria-se a **profissão** de Agente Comunitário de Saúde.

O processo de seleção e contratação dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser feito segundo uma lógica própria. Ao contrário dos outros, o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Aprovado, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro instrutor/supervisor. Qualquer pessoa que se enquadre no perfil estabelecido pode inscrever-se e submeter-se ao processo de seleção, que o município executa com acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde (ou de conselhos locais e/ou distritais, nas cidades maiores). O candidato é avaliado por sua aptidão, postura e vivência mediante simulação de situações de problemas da comunidade, seja por meio de provas escritas, seja em entrevistas individuais e/ou coletivas.

O contrato do ACS deve ter por base a Lei 9.790/99, que prevê todos os direitos trabalhistas, sob regime de Previdência Geral. A recomendação é que o ACS seja contratado por entidade não lucrativa de interesse público, que efetivará Termo de Parceria com o município.

O Agente Comunitário de Saúde é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. Ele é necessariamente um morador da localidade onde trabalha e, por isso, está totalmente identificado com a sua comunidade com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade. Nas áreas

onde o PSF ainda não foi implantado, os Agentes Comunitários de Saúde estão vinculados às unidades básicas tradicionais e são capacitados e supervisionados por enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

O Ministério da Saúde define o Agente Comunitário de Saúde e explicita claramente suas atribuições (BRASIL, 2001, p.78):

O agente comunitário é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência.

As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

- a) Realizar mapeamento de sua área;*
- b) cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;*
- c) identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;*
- d) identificar áreas de risco;*
- e) orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;*
- f) realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;*
- g) realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;*
- h) estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;*
- i) desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;*
- j) promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;*
- k) traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;*
- l) identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipes.*

A criação do Agente Comunitário de Saúde pelo Ministério de Saúde gerou uma grande polêmica entre profissionais do setor saúde, liderada principalmente pelos enfermeiros. Numa entrevista com a diretora do departamento de atenção básica esta polêmica foi discutida:

Entrevistadora: Dentro do âmbito do Ministério de Saúde, de um lado temos o PROFAE que busca a profissionalização dos trabalhadores de enfermagem. De outro lado, o próprio Ministério de Saúde forma os Agentes Comunitários de Saúde e tem colocado no mercado uma grande quantidade de trabalhadores que acabam assumindo o papel de atendente de enfermagem. Em que se apóia esta contradição?

Entrevistada: Acho que não podemos nos confundir com esta questão. Em primeiro lugar os agentes comunitários não estão assumindo o papel de atendentes de enfermagem. Em segundo lugar é fundamental, para a qualidade da assistência, o investimento que está sendo articulado pelo PROFAE. Representa o que a enfermagem busca há muito tempo [...] Existem também perguntas como: "Por que não transformar os agentes em auxiliares de enfermagem?" Temos colocado que isto pode ocorrer quando representa uma demanda pessoal, do próprio agente. Se ele quiser se incorporar no serviço como um auxiliar de enfermagem, então que se ofereça a oportunidade para que ele faça isto dentro dos processos de qualificação já existentes (PIRES & SOUZA, 2000, p.13, grifo autora).

Como futuros enfermeiros (as), acreditamos que a qualidade da nossa assistência na estratégia de saúde da família está diretamente relacionada a capacitação do Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento do seu processo de trabalho. Desta forma, quanto mais preparado for este trabalhador para fazer a integração comunidade – unidade de saúde básica, maiores serão as chances de melhoria na assistência prestada pela Equipe de Saúde da Família.

2.2.4. A ATUAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Programa de Saúde da Família, o auxiliar de enfermagem possui algumas atribuições específicas (BRASIL, 2001, P.76):

- a. Realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências legais;*
- b. realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe;*
- c. preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF;*
- d. zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências da USF, garantindo o controle de infecção;*
- e. realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico;*
- f. no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;*

- g. realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da USF.*

2.2.5. A ATUAÇÃO DO MÉDICO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Programa de Saúde da Família, o médico possui algumas atribuições específicas (BRASIL, 2001, p.75-76):

- a. Realizar consultas clínicas por usuários da sua área adscrita;*
- b. executar ações de assistência integral em todas as fases da vida do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;*
- c. realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário no domicílio;*
- d. realizar atividades clínicas, correspondentes às áreas prioritárias na intervenção à Atenção Básica, definidos na Norma de Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001;*
- e. aliar a atuação clínica, à prática de saúde coletiva;*
- f. fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.*
- g. realizar o pronto-atendimento médico nas urgências e emergências;*
- h. encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento de referência e contra-referência;*
- i. realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;*
- j. indicar internação hospitalar;*
- k. solicitar exames complementares;*
- l. verificar atestado de óbito.*

2.2.6. A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Por exigir uma nova prática em saúde, recomenda-se que toda equipe da estratégia de Saúde da Família, antes de iniciar as atividades em sua área atuação, inicie um processo específico de capacitação (cursos).

A primeira capacitação é o **treinamento introdutório**, que deve anteceder ao início do trabalho dos profissionais selecionados. O treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, com a comunidade, a situação de sua área de abrangência: os aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários (morbidade/ mortalidade

e fatores de risco), identificando os problemas e o potencial que a cidade tem para resolvê-los. Esse treinamento ajuda os profissionais a compreenderem e aprenderem os indicadores de saúde, em especial os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas.

O treinamento introdutório deve ser o mais descentralizado possível. De preferência, deve ser feito no próprio município ou na regional a que este pertence. A responsabilidade pela capacitação das equipes é compartilhada entre os integrantes do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente, que pode fazê-la diretamente ou em articulação com o setor de Recursos Humanos do município e/ou da Secretaria Estadual de Saúde. No treinamento introdutório, os futuros integrantes das ESF devem ser informados sobre as características da integração do município no SUS, seu tipo de gestão frente às normas vigentes no funcionamento do SUS. Devem saber, também, os princípios operacionais do PSF, tais como:

- a) A definição territorial/adscrição da clientela;
- b) a organização do processo de trabalho para resolução dos problemas identificados no território;
- c) a noção da família como foco da assistência;
- d) o trabalho em equipe interdisciplinar;
- e) os vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e as famílias assistidas;
- f) a noção de que as ações devem se caracterizar pela integralidade (atendimento a todos, sem distinção), resolutividade (capacidade de dar solução aos problemas de saúde da comunidade) e intersetorialidade (colaboração entre os diferentes setores);
- g) a importância do estímulo à participação social.

Esse é um trabalho complexo, que exige dos profissionais conhecimentos específicos da sua profissão (método clínico e fundamentos de enfermagem), além de conhecimento do método epidemiológico. Exige, igualmente, bom senso para trabalhar as relações interpessoais, ou seja, capacidade para lidar com as várias dimensões do ser humano.

O Pólo de Capacitação é o espaço de articulação de uma ou mais entidades voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Essas entidades são vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integram com secretarias

estaduais e municipais de saúde para implementarem programas de capacitação destinados aos profissionais de Saúde da Família.

Os Pólos de Capacitação, portanto, formam uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltadas para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de saúde da família, no âmbito o SUS.

Os Pólos vêm possibilitando, aos profissionais de Saúde da Família, a adequação e o desenvolvimento de habilidades de forma a capacitá-los para a abordagem da atenção, exercida de forma contínua, integral e coordenada.

Já estão implantados em todos os estados. Essa rede congrega, atualmente, mais de 100 instituições de ensino superior – Universidades, Faculdades e Escolas de Medicina e Enfermagem e, vem exercendo um importante papel junto aos gestores do SUS na formulação e operacionalização de uma agenda de trabalho voltada para orientar a formação, capacitação e educação permanente das Equipes de Saúde da Família.

Os Pólos oferecem um conjunto de ações, voltadas para curto, médio e longo prazo.

Os profissionais de saúde, no dia-a-dia de seu trabalho, mantêm contato direto com a população, vêem de perto a realidade social, econômica e cultural das comunidades inseridas no PSF. Portanto, **a metodologia** a ser usada para ajudar na compreensão desses problemas deve ter como princípio essa experiência, estimulando a reflexão de meios para a construção das práticas profissionais, buscando novas soluções para as dificuldades encontradas. Cursos com momentos de concentração e dispersão são sugeridos às equipes de Atenção Básica, uma vez que propiciam momentos de reflexões com foco na realidade vivida pelos profissionais. Recomenda-se que a **educação permanente** envolva todos os componentes das Equipes da Saúde da Família, o que ajuda a fortalecer o trabalho em equipe e as relações entre as pessoas. Os conteúdos específicos de cada categoria profissional devem ser abordados em separado.

Para cada módulo e objetivo, sugere-se a utilização de técnicas complementares de ensino que poderão ser utilizadas pelo instrutor (facilitador), tais como: exposição oral, dramatização, estudo de caso, trabalho em grupo, colagens, discussões coletivas, atividades práticas, exibição e discussão de vídeos.

Espera-se que o instrutor tenha:

- a) Conhecimento sobre a evolução das políticas públicas de saúde e a estratégia da Saúde da Família como eixo de reorientação da Atenção Básica;

- b) experiência em articulação e negociação de interesses e conflitos;
- c) algum domínio de metodologias pedagógicas problematizadoras (em que se dá forma aos diferentes problemas);
- d) conhecimento da estrutura e funcionamento do sistema de saúde local.

Após o treinamento introdutório, as equipes são inseridas em um processo de educação permanente, para possibilitar o desenvolvimento constante de suas competências como equipe generalista. As Equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para (BRASIL, 2001, p.81-86):

- a) Atuar nas áreas já definidas como estratégicas: controle da tuberculose, da hipertensão e da diabetes mellitus, eliminação da hanseníase, ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal;*
- b) prestar atenção integral e contínua a todos os membros das famílias da população adscrita à USF, em cada uma das fases de seu ciclo de vida;*
- c) ter consciência do compromisso de dar atenção integral também aos indivíduos saudáveis da comunidade;*
- d) participar do processo de planejamento das ações de saúde em sua área de abrangência, tendo por base o conhecimento da realidade social, econômica, cultural, e o perfil epidemiológico da população, com enfoque estratégico;*
- e) ter capacidade de agir em sintonia com os demais integrantes da equipe, individualmente e em grupo, compreendendo o significado do trabalho em equipe, o seu papel e o sentido da complementaridade das ações no trabalho em saúde.*

Entre as prioridades das ESF está o desenvolvimento de ações programáticas, de acordo com a fase do ciclo de vida das pessoas, sem perder de vista o seu contexto familiar e social, garantindo uma abordagem integral da assistência à saúde. Para a elaboração do projeto de educação permanente na estratégia do Programa Saúde da Família são propostos como conteúdos programáticos, a abordagem de aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, políticos e as fases do ciclo de vida, capacitando as equipes para as ações da Atenção Básica:

- a) Módulo Saúde da Criança;
- b) módulo Saúde do Adolescente;
- c) módulo Saúde da Mulher;
- d) módulo Saúde do Adulto;
- e) módulo Saúde do Idoso;
- f) controle da Tuberculose;

- g) eliminação da Hanseníase;
- h) módulo Saúde Bucal.

As prioridades da Educação Permanente devem considerar a dinâmica e complexidade do cotidiano de cada município, os programas de educação permanente devem priorizar o controle das endemias. Nos grandes centros urbanos, devem dar atenção especial a conteúdos que façam parte da realidade local. Por exemplo:

- a) Violência;
- b) drogas;
- c) prostituição;
- d) crianças em situação de risco;
- e) saúde mental;
- f) saúde bucal;
- g) saúde do trabalhador;
- h) doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS;
- i) exclusão social: desemprego, miséria, discriminação;
- j) cidadania, direitos humanos, movimentos sociais e urbanos;
- k) equipamentos sociais coletivos.

3. QUESTÕES ÉTICAS

No sentido mais comum a ética é a ciência da moral, ou o ramo da filosofia que se ocupa da moral. O termo Ética tem origem em dois vocábulos gregos – *ethos* (com vogal longa), que significa costume, tradição, conjunto dos hábitos, designando a morada do homem na terra (abrigo protetor); e – *ethos* (com vogal breve) que significa o caráter, a índole e o temperamento que molda o estilo de vida, designando o referencial de julgamento e decisão na vida prática, incluindo valores morais. (MARCOS, 1999, p.61-62)

No mundo moderno prevaleceu a noção de moral e o termo ética ficou restrito a linguagem filosófica. Quando ressurgiu, a ética passou a ser muito usada como sinônimo de moral, ou seja, como a aplicação prática dos princípios éticos, ou normas, (códigos prescritivos) que procuram organizar ou controlar (reger) as relações entre os indivíduos no espaço social. Já o sentido da ética como questionamento (reflexão crítica) sobre os princípios e normas ou como esforço de lucidez foi negligenciado e excluído da vida cotidiana.

Desde então foram muitas as teorias que fundamentaram a ética e muitas acepções e vertentes forjaram diferentes termos e interpretações, sendo que na formação profissional na área da saúde as bases e discussões éticas foram grandemente limitadas a um único e exclusivo enfoque ou tipo de problematização, aquele baseado na ética do dever ou deontológica.

Os crescentes desafios da vida moderna reavivaram, nas últimas décadas, o interesse pela ética em todos os campos da vida humana e fizeram nascer o neologismo Bioética. Esta foi motivada pelos novos questionamentos gerados pelas inovações da tecnociência e o poder desta sobre a vida do planeta e, mais especificamente, sobre a vida humana.

“A bioética, inicialmente um movimento social que lutava pela ética nas ciências biológicas e áreas correlatas, hoje é também uma disciplina

norteadora de teorias para o biodireito e para a legislação, com a finalidade de assegurar mais humanismo nas ações do cotidiano das práticas médicas e nas experimentações científicas que utilizem seres humanos. Essa dupla face (disciplina e movimento social) confere à bioética a peculiaridade do ser, ao mesmo tempo, reflexão (sobre as implicações sociais, econômicas, políticas e éticas de novos saberes biológicos) e ação objetivando estabelecer um novo contrato social entre sociedade, cientistas, profissionais de saúde e governos) sobre as questões do presente e as perspectivas de futuro.” (OLIVEIRA, 1997, p. 47-48)

Para Pessini e Barchifontaine (1994), algumas características da bioética podem ser destacadas: - nasce num contexto científico, como necessidade de proteger a vida humana diante de todas as inovações técnico-científicas na área das ciências da vida; - surge como esforço interdisciplinar [...] É uma busca participativa, a partir dos diversos campos do saber biomédico e profissional [...] que unem seus esforços na investigação de valores humanos que inspirem seu trabalho; - não se trata de uma ciência construída com fórmulas éticas pré-fabricadas; apóia-se mais na razão e bom juízo moral de seus investigadores que numa determinada corrente filosófica ou religiosa.

Concordamos com Stepke (2002), ao falar da bioética mais como campo que como disciplina e, ainda mais, ao afirmar que **os valores fundamentais de um projeto científico ou atividade profissional são o técnico, o intelectual e o social.** Neste estudo, situamos a bioética como embricada ou transversal a estas três perspectivas, ou seja, permeando as decisões e reflexões que dizem respeito ao que fazer e como fazer; que conhecimento produzir, que olhar lançar e; o que alcançar, a quem beneficiar e a que custos e limites a considerar. A responsabilidade deste tipo e compromisso não fica restrita a um capítulo de um texto, mas deve se mostrar em todo o percurso da ação.

No entanto, por considerarmos que princípios e normas éticos de estudos que envolvem seres humanos devem ser respeitados, aqui serão explicitados estes aspectos em nossa pesquisa.

A inclusão dos sujeitos de pesquisa obedeceu à resolução no 196/96 do CNS/MS que dispõe de Diretrizes e Normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido. Para tanto, foi utilizada linguagem clara e objetiva, que favoreceu a compreensão por parte dos sujeitos da pesquisa. A autorização foi obtida através do termo de consentimento (Apêndice A) que foi identificado, assinado e datado. Esses documentos foram arquivados em local de acesso restrito e exclusivo de pesquisadores e utilizados apenas para os fins explicitados. Ainda,

seguindo esta resolução, garantimos o anonimato das participantes utilizando pseudônimos de flores.

Os pesquisadores convidaram as pessoas envolvidas no estudo a participarem de uma reunião para informar os objetivos da pesquisa, bem como para esclarecerem as dúvidas que possam surgir. A proposta da pesquisa (justificativa, objetivos e metodologia) foi apresentada a todos os sujeitos.

Foi garantida a liberdade de participação ou não e a decisão de desistência desta participação a qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma forma de constrangimento ou prejuízo por isso. Também foi assegurado o sigilo e anonimato dos participantes do estudo.

A participação na pesquisa não implicou em ganhos financeiros para nenhuma das partes envolvidas e não implicou em riscos de qualquer sorte.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Desenvolver uma prática assistencial educativa com Agentes Comunitários de Saúde de uma Equipe de Saúde da Família, a luz de um referencial teórico adaptado e da Metodologia Problematicadora.

4.2. Específicos

- a) Contextualizar o município de Biguaçu, quanto aos aspectos sociais, políticos e econômicos, bem como quanto à organização dos serviços de saúde no município.
- b) Reconhecer o processo de trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família da Unidade de saúde Jardim Janaína.
- c) Conhecer o trabalho do enfermeiro e desenvolver atividades de sua responsabilidade numa equipe de saúde de família.
- d) Conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde.
- e) Apreender as necessidades dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao seu processo de trabalho, utilizando o referencial teórico do Processo de Trabalho de Capella, 1998.
- f) Avaliar o desenvolvimento e resultados das atividades educativas.

- g) Refletir sobre questões éticas relacionadas ao trabalho da enfermagem no PSF, manifestando atitudes coerentes com o código de Deontologia da Enfermagem.

4.3. Atividade Realizada não planejada

Participar de um evento pertinente à Saúde Pública

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Trentini e Paim (1999, p. 53) o marco teórico consiste na articulação harmoniosa dos conceitos explícitos no propósito de um estudo. O marco é conceitual quando os conceitos “se articulam com outros conceitos que não são componentes de uma teoria ou são apenas parte dos conceitos da teoria”. Também para essas autoras, o marco serve como guia e suporte para a implementação de pesquisas e/ou projetos assistenciais, permitindo o desenvolvimento da prática e do conhecimento de enfermagem.

O marco conceitual é composto por conceitos e pressupostos. Neste estudo, buscou-se sustentação na teoria Sócio Humanista do Trabalho de Enfermagem de Beatriz Capella e Maria Tereza Leopardi, além de conceitos propostos por Egry (1996), Thumé et all (2000), Castellanos e cols (1989) e Sousa (2000), considerando que os presentes autores apresentam afinidade teórica e bases filosóficas do materialismo histórico-dialético.

5.1. PRESSUPOSTOS

Segundo Leopardi (1999, p.51), pressuposição é a exposição enunciada de crenças e valores do autor, enquanto preposições são afirmações que expressam as propriedades inter-relacionais dos conceitos, sendo o próprio conteúdo conceitual, expresso de forma integrada e coerente, determinando uma direção à sua aplicação. Neste estudo, adotaremos a denominação de pressupostos para integrar esses dois componentes ou, no sentido de Torres (1993), onde pressupostos são afirmações que explicam os conceitos/hipóteses, como afirmações que possuem uma lógica interrelacionada e norteadora de um estudo.

5.1.1. PRESSUPOSTOS: BEATRIZ CAPELLA

- ⇒ A esfera assistencial da enfermagem pressupõe um envolvimento pessoal, transcendendo a técnica, imprimindo qualidade ao trabalho realizado.
- ⇒ O Processo de Trabalho em Saúde é coletivo, onde cada área técnica executa parte dessas ações. Neste sentido, pode-se vislumbrar a perspectiva da democratização do pensar e do fazer, onde o planejamento e a execução sejam compartilhados.
- ⇒ As relações de trabalho são estabelecidas a partir das condições materiais e humanas estabelecidas.
- ⇒ Um processo de formação continuada, através de reflexão coletiva, procurando vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, pela unificação teoria/prática, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes.
- ⇒ Exercer a enfermagem é exercê-la plenamente. Para isto, há que se ter à disposição os meios adequados e a força de trabalho qualificada.
- ⇒ A valorização do trabalhador se dá através da implantação de um processo de formação continuada que o leve a desenvolver-se pessoal e profissionalmente.

5.1.2. PRESSUPOSTOS: GRUPO

- ⇒ A eficácia do desenvolvimento de estratégias do Programa de Saúde da família depende significativamente do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.
- ⇒ A qualidade das ações prestadas pelo Agente Comunitário de Saúde está diretamente relacionada a sua capacitação.
- ⇒ É principalmente através do Processo Administrar e Educar que o enfermeiro se envolve no Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.
- ⇒ O vínculo efetivo do Agente Comunitário de Saúde com sua comunidade é de vital importância para o desenvolvimento satisfatório da assistência prestada pela Equipe de Saúde da Família.

- ⇒ O (A) enfermeiro (a), como responsável pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, deve identificar as necessidades e dificuldades deste trabalhador, fornecendo suportes necessários ao desenvolvimento de suas ações.
- ⇒ A metodologia problematizadora constitui-se num instrumental educativo adequado para a instrumentalização dos ACS no enfrentamento de desafios encontrados na sua realidade de trabalho.

5.2. CONCEITOS

Conceitos “são representações mentais e gerais de determinadas realidades” (TRENTINI e PAIM, 1999, p. 56). “É uma abstração ou imagem mental de um fenômeno ou fato como é percebido pelo sujeito que observa ou sente” (LEOPARDI, 1999, p. 51). Para esta segunda autora os conceitos são as idéias que irão dirigir uma proposta e desenvolver a relação entre o construído e a realidade.

Para nortear a prática assistencial a ser desenvolvida serão apresentados os conceitos de ser humano, sociedade, processo saúde-doença, enfermagem, processo de trabalho em saúde, Processo de Trabalho em Enfermagem, Programa Saúde da Família e processo educativo problematizador.

5.2.1. SER HUMANO

Ser natural e social que manifesta sua essência nas formas concretas e abstratas através das quais torna-se um sujeito de transformação, ser histórico, singular e cultural (CAPELLA, 1998).

Na perspectiva do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família, considera-se tanto o **Enfermeiro** quanto o **Agente Comunitário de Saúde**, seres humanos que possuem também habilidades e aptidões próprias para imprimir na sociedade seus projetos, recriando-a para possibilidade de modos de viver mais saudáveis.

Este ser humano, o Agente Comunitário de Saúde, além de pertencer à comunidade local, figura como principal integrador entre esta e a unidade de saúde local, desempenhando

funções, como: mapeamento de sua área; cadastro das famílias; identificação de situações e de áreas de risco; orientação às famílias para a utilização dos serviços de saúde; traduzir para a Equipe de Saúde da Família a dinâmica social da comunidade.

5.2.2. SOCIEDADE

É um complexo integrado por seres humanos culturalmente diferenciados, ocupando determinado espaço geopolítico, que interagem entre si a partir do modo como produzem sua vida material. Encontra-se em permanente transformação, criando-se e recriando-se pela consciência e ação humana. É a base que fundamenta as possibilidades e necessidades individuais e coletivas, entre as quais as relacionadas ao processo saúde-doença (EGRY, 1996).

As necessidades desta sociedade geram diferentes tipos de trabalho e instituições, destinadas a responder as demandas reconhecidas. Assim, o trabalho em saúde e o trabalho em Enfermagem constituem-se como um produto da sociedade histórica e concreta, surgem da necessidade física e emocional do ser humano, visando manter a saúde do mesmo para (re) integrá-lo ao meio social.

Na Estratégia de Saúde da Família, atua-se na sociedade, objetivando a prevenção, recuperação e manutenção do bem-estar dos seres humanos nela inseridos.

5.2.3. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

É um processo histórico, dinâmico, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência. É a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade de vida e está articulada aos aspectos econômicos, políticos, sociais, de relacionamento familiar e de responsabilidade humana. O processo saúde-doença aproxima o “pólo” doença não apenas dos sofrimentos físicos, mas também dos psíquicos, morais e éticos. Além disso, tem relação com a capacidade vital, perfil de morbidade e de mortalidade, articulando-se ao processo de desenvolvimento e crescimento do indivíduo [...] É um processo particular de uma sociedade que expressa, no nível individual, as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção: os processos de trabalho, os perfis de consumo e as conseqüências desses perfis nas diferentes formas de vida que

se articulam as correspondentes condições favoráveis de saúde como as condições desfavoráveis, o risco de adoecer e morrer (EGRY; SHIMA apud EGRY, 1996, p. 60-61).

Na Estratégia de Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde desenvolve ações que no conjunto dos trabalhadores da Equipe de Saúde da Família intervém no processo saúde-doença da população, já que atua como elo entre a comunidade e o serviço de saúde que pretende responder as necessidades do indivíduo, família e comunidade.

Neste estudo, enfocar-se-á as necessidades deste trabalhador de saúde, para posterior planejamento de ações que contribuam para melhor desempenho de suas atividades.

5.2.4. ENFERMAGEM

É uma prática social que se dirige para o desenvolvimento de ações assistenciais, administrativas e educativas, exercida por diversas categorias profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, exigindo-se, além de competência e conhecimento científico, o estabelecimento de relações profissionais e interpessoais, a partir de percepções transculturais, histórico-sociais e uma organização de seu processo do trabalho. Atua juntamente com outros profissionais da área da saúde, numa perspectiva humanística, através de ações que visem a promoção, recuperação e manutenção de saúde ao indivíduo/família/comunidade, em seu contexto sócio-cultural (CAPELLA, 1998).

A Enfermagem atuando na Estratégia de Saúde da Família interage cooperativamente com o médico e o Agente Comunitário de Saúde, sendo essa uma força de trabalho limítrofe para a Equipe de Saúde da Família. Neste contexto, o enfermeiro desenvolve ações como: planejar, organizar, dirigir e avaliar tanto a unidade de saúde local quanto a Equipe de Saúde da Família; e supervisionar, acompanhar e coordenar ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, percebendo suas necessidades com vista a realizar ações que contribuam para o seu desempenho profissional.

Como Acadêmicos de Enfermagem e futuros enfermeiros, devemos enfocar as necessidades apresentadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no seu processo de trabalho para, embasados nessas necessidades, planejar atividades educativas que proporcionem uma melhora na qualidade das ações desenvolvidas por este trabalhador. Essa prática assistencial educativa fundamenta-se no fato de o Agente Comunitário de Saúde ser um integrador entre a

unidade de saúde local e o indivíduo/família/comunidade, ou seja, é essencial sua integridade pessoal-profissional para o desenvolvimento e continuidade da assistência.

5.2.5. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Enquanto na maioria dos trabalhos exercidos ocorre o encontro do ser humano com a matéria, no **Processo de Trabalho em Saúde** o encontro se dá entre dois ou mais sujeitos, onde cada parte detém elementos desse processo, ocorrendo um sistema de trocas, vindo de diversas fontes e estímulos. Na verdade, trabalhadores e indivíduos com necessidades em saúde são parceiros sociais, cada qual com suas competências complementares, embora diferentes. Ou seja, é a partir das capacidades e recursos de cada um, intermediados pelo que a instituição pode oferecer, que se realiza esse processo.

Além disso, o Processo de Trabalho em Saúde é desenvolvido por diversos profissionais, ou seja, “é um processo de trabalho coletivo, no qual áreas técnicas específicas, como a medicina, farmácia, enfermagem odontologia, nutrição, serviço social, psicologia, entre outros, compõem o todo. Este processo tem como finalidade atender o ser humano que, em algum momento de sua vida, submete-se à intervenção de profissionais de saúde. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela desse atendimento. A delimitação dessa parcela, bem como a organização desses trabalhos, foi – se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área da saúde, principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica” (CAPELLA & LEOPARDI, 1999, p.145).

O Processo de Trabalho em Saúde, em especial no Programa de Saúde da Família; dá-se através de um trabalho coletivo, do qual fazem parte da força de trabalho o (a) enfermeiro (a), técnicos/ auxiliares de enfermagem, médico e os Agentes Comunitários de Saúde.

Neste processo, os trabalhadores de saúde formam uma equipe onde o Agente Comunitário de Saúde faz a ligação comunidade/serviço de saúde, sendo que suas informações servem de subsídios para o desenvolvimento e complementariedade de todo processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

5.2.6. PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

No interior do Processo de Trabalho em Saúde, encontramos o **processo de trabalho da Enfermagem**, complementar e interdependente a este processo geral. “O trabalho da enfermagem é parte integrante do Processo de Trabalho em Saúde, tanto no modelo de saúde individual como no modelo de saúde coletiva, que por sua vez são partes complementares de um mesmo trabalho” (CASTELLANOS e cols., 1989, p.150).

O Processo de Trabalho em Enfermagem, em especial no Programa Saúde da Família, compreende três processos: o Assistir, o Administrar e o Educar. Na estratégia de saúde da família o enfermeiro assiste à comunidade integralmente; realiza visita domiciliar; organiza e coordena grupos, segundo os marcadores de saúde; planeja, gerencia, coordena e avalia a unidade de saúde e principalmente supervisiona e coordena ações para a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, contribuindo para uma assistência à população, qualificada.

5.2.7. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

É um programa que foi criado pelo Ministério de Saúde em 1994. Sua estratégia busca uma nova dinâmica para a organização dos serviços de saúde, bem como sua vinculação com o indivíduo, família e comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume a responsabilidade de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e , acima de tudo , resolutiva a população, na unidade básica de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, descobrindo os fatores de risco aos quais esta população está exposta, diagnosticando-os e intervindo sobre os mesmos buscando as possíveis soluções para as dificuldades encontradas (SOUSA, 2000).

“Propõe-se, ainda a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida” (SOUSA, 2000, p.25).

5.2.8. PROCESSO EDUCATIVO PROBLEMATIZADOR

É o processo que leva o homem a ser sujeito e ser mais, ajudando-o a desvelar a realidade que o cerca, a dominar os conhecimentos que esclarecem, a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo, a participar efetivamente da vida social, compreendendo o que ocorre a seu redor (THUMÉ et al, 2000, p.63).

Consideramos que a educação problematizadora está diretamente vinculada ao social, uma vez que parte de uma realidade concreta, na busca da transformação da sociedade. Contrapõe-se ao verbalismo acrítico ou ativismo somente. O homem é um sujeito ativo, um ser da práxis, onde a ação e reflexão sobre o mundo tornam-se essenciais na compreensão da realidade.

A concepção crítica instiga o homem a desvelar o mundo e, conseqüentemente, a dar respostas aos desafios que encontra. A reflexão sobre seu contexto de vida permite uma tomada de consciência, sendo o primeiro passo rumo a transformação social.

5.3. INTER-RELAÇÃO DOS CONCEITOS



6. METODOLOGIA

Entendemos que a metodologia é o caminho a ser percorrido, demarcado do começo ao fim, por fases ou etapas, que serve de guia para o estudo sistemático do enunciado, compreensão e busca de soluções (RUDIO, 1986).

Para Spradley (1980) apud Trentini e Paim (1999) são três os principais elementos que compõem um estudo metodológico da prática assistencial: **o espaço físico, os participantes e as atividades desenvolvidas**. A escolha do espaço físico depende do enfoque do trabalho e pode consistir em uma ou mais de uma área geográfica. Segundo Trentini e Paim (1999, p.81), “o espaço físico é aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas”.

Neste sentido, optamos por desenvolver nossa prática assistencial educativa no município de Biguaçu que se localiza a 35 Km ao norte de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Constituída de aproximadamente 47.000 habitantes, sendo 87,9% morador da área urbana e 12,1% morador da área rural, sendo caracterizada, majoritariamente, por uma população adulta, com idade entre 20 e 39 anos.

Nosso estágio desenvolveu-se, no período de 17 de outubro a 17 de dezembro de 2002, na Unidade de Saúde Jardim Janaína, localizada no bairro Jardim Janaína/Biguaçu. Essa unidade abrange 01 área e 10 microáreas, contendo 1309 famílias cadastradas.

Quanto à escolha dos participantes, para Trentini e Paim (1999, p.81), a mesma “será constituída pelo sujeitos envolvidos no problema, e, entre eles, os que têm maiores condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo. [...] estes participantes não assumem apenas a condição de informantes, mas constituem parte integrante do estudo”.

Desta forma, para desenvolver nossa prática assistencial educativa optou-se por trabalhar com as ACS da Unidade de Saúde da Família, bairro Jardim Janaína, que é composto por apenas uma Equipe de Saúde da Família, constituída de 01 médico, 01 Enfermeira, 02 técnicas de enfermagem e 10 Agentes Comunitárias de Saúde, onde cada Agente Comunitária de Saúde é responsável por aproximadamente 120 famílias.

Na prática assistencial educativa utilizou-se referencial metodológico baseado em Bordenave (1994), denominado de Metodologia Problematicadora, onde ensinar e aprender a partir da realidade são fundamentais na ordem das coisas.

Segundo Grandi (1983, p.19), Bordenave é considerado um especialista em Comunicação e Educação, com vasta experiência em educação de adultos, principalmente de baixa escolaridade. Ele concentra-se numa educação voltada para o trabalho, mas não mecanicista: procura o tempo todo ressaltar a importância do aprendizado pela descoberta e com isso, o crescimento do indivíduo num todo. Ele critica a simples transferência de conhecimento feita por métodos não reflexivos evidenciados por superficialidade e baixa retenção do conhecimento.

A proposta de Bordenave (1994) é uma concepção educacional democrática, que busca resgatar o conceito e a prática de cidadania e permite a reflexão, a crítica e o conhecimento, indispensáveis à reformulação de sua prática profissional. Acrescenta, ainda, que a linguagem deve ser direta, acessível e clara para facilitar a compreensão do conteúdo, pois quando se ensina não basta o domínio do assunto, é necessário que se saiba “como ensinar” para chegar ao produto final desejado: transformação da realidade a partir da modificação de comportamento, via novos conhecimentos.

A Metodologia Problematicadora tem por princípio que, num universo com transformações rápidas, o importante é a atualização dos seres humanos para detectarem os problemas e buscarem soluções para a situação. Para esta metodologia, inicialmente o que deve ser valorizado é a experiência do indivíduo em observar a própria realidade, permitindo expressar suas idéias, valores e crenças. O diálogo e a participação são sumamente importantes nas ações transformadoras das condições de vida e saúde. O processo de ensinar e aprender inicia, desta forma, propiciando uma leitura da situação concreta. (MARASCHIN e CARRARO, 2000, p.838)

Esta metodologia favorece a abordagem democrática das questões emergentes da realidade e implica na participação ativa, no diálogo e conscientização dos indivíduos. Dialogando sobre os problemas detectados nas situações concretas dos indivíduos, estimula-se a inserção destes na sua realidade, pois na medida que analisam e refletem criticamente, estabelece-se também uma tomada de consciência. Portanto, o diálogo e a

conscientização surgem como ferramentas para leitura crítica da realidade.
(FARIAS e PADILHA, 2000, p.336)

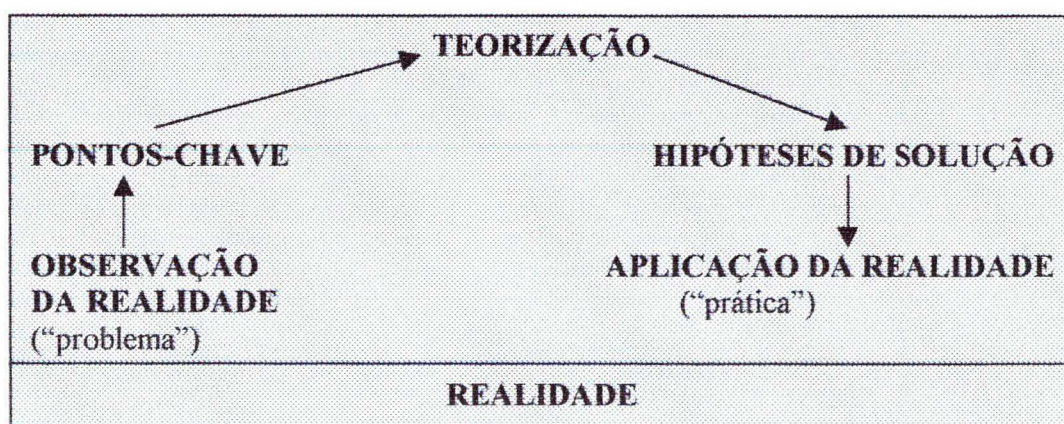
Num segundo plano, os indivíduos selecionam as informações, visando identificar os pontos-chave do problema, levantando as variáveis que determinam tal situação. Segundo Bordenave (1998) apud Maraschin e Carraro (2000), os pontos-chave são aqueles que, se alterados, modificariam a realidade, podendo, então, resultar na solução do problema.

A fase de teorização consiste no levantamento das questões sobre as causas dos problemas em análise, do porquê das necessidades ou realidade apontada. Nesta etapa é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliam o raciocínio das pessoas na compreensão destes problemas.

Com o confronto entre a realidade observada e a teorização, formula-se hipóteses de solução para os problemas em estudo. Esta fase deve permitir a análise das ações propostas, colocando aos participantes as oportunidades de planejar, priorizar e decidir sobre estas ações.

Na última fase, os participantes compreendem, constroem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, seja individual ou coletivamente, contribuindo para a solução do problema, na busca de uma realidade transformada. Neste momento, a atitude do facilitador é cultivar e valorizar as formas levantadas para solucionar os problemas, não deixando que a limitação, a imposição de seus conhecimentos ou a não-contribuição, sejam entraves para o grupo.

Estes passos são representados esquematicamente por Charles Maguerez, denominado de Método do Arco:



Esquema 1 – Método Arco de Charles Maguerez: representação esquemática das etapas da metodologia problematizadora. (MARASCHIN e CARRARO, 2000, p.838)

Percebemos que esta capacitação pedagógica quando aplicada às ACS, possibilita construir com bases legais e pedagógicas uma alternativa adequada e coerente para qualificação de sua força de trabalho.

Privilegiando a integração entre a teoria e a prática, esta capacitação busca refletir sobre o sujeito que aprende, o objeto a ser apreendido, o conhecimento resultante da interação entre o sujeito e o objeto e o instrutor como facilitador desse processo.

O sujeito que aprende é cidadão social e está inserido na produção de serviços de saúde, tem como atividade principal o trabalho e que, apesar da heterogeneidade de sua formação prévia, inserção social, funções que exerce, relações de poder e hierarquia, é um sujeito apto a adquirir e produzir conhecimentos, desde que sejam organizados, estruturados de maneira a não propiciar fragmentações e, acima de tudo, permitam a crítica para uma conseqüente transformação da prática.

O objeto do conhecimento, no caso o processo de trabalho das ACS, é complexo, deve integralizar conceitos e princípios e tem relevância com prática para conseguir alcançar abstrações dos problemas inerentes ao processo produtivo.

Nesta relação o instrutor, no caso os universitários, assume papel importante como planejador e executor do processo educativo. Cabe-nos organizar e decodificar a estrutura do objeto, buscando estabelecer relações concretas entre a teoria, a prática e a realidade, considerando que o sujeito aprende a partir de seu referencial, sua visão de mundo, formas de pensar e agir, e o instrutor atua como mediador limitando-se a coadjuvar o sujeito, sem jamais interpor-se sobre seus pensamentos.

O instrutor é alguém que acredita nas pessoas, na dinâmica de mudança e admite que apesar de um suporte teórico avançado, não sabe tudo e também aprende no processo tanto quanto o sujeito educando.

Conforme Bordenave (1994), todos os processos educativos têm por base uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa e, a partir daí, modifiquem seu comportamento. A teoria escolhida se fundamenta em uma determinada epistemologia ou teoria do conhecimento. As opções pedagógicas adotadas por um determinado contexto refletem as ideologias referentes a este.

Explicaremos a seguir, conforme Bordenave (1994), duas opções pedagógicas para podermos compará-las e mostrar o porquê da nossa opção pela Metodologia Problematicadora:

a. Pedagogia de Transmissão:

Parte da premissa que idéias e conhecimentos são os pontos mais importantes de educação, que o educando deve receber e aceitar o que o professor e/ou livro lhe oferecem. O educando é considerado como uma “página em branco”, onde novas idéias e conhecimentos de origem exógenas serão imprimidas.

Esta pedagogia está circunscrita em situações de educação formal e não-formal. É um estilo autoritário, vertical, onde o educador fala e o educando recebe tudo na íntegra sem criticar e/ou dialogar.

Perfil do educando pela pedagogia de transmissão:

- Hábito de tomar nota e memorizar;
- passividade na recepção da teoria;
- ausência de crítica e/ou dialogicidade;
- distância entre teoria e prática;
- falta de “problematização” da realidade;
- individualidade, falta de participação e cooperação;
- submissão à dominação.

A pedagogia da transmissão não coincide com as aspirações de um desenvolvimento nem pessoal, nem social; incentiva a inativação da auto-crítica e a visão da realidade das pessoas.

b. Pedagogia de Problematização:

Parte da base que o importante não são os conhecimentos ou idéias que são repassadas, mas sim o aumento da capacidade do educando em detectar problemas reais e buscar soluções originais e criativas, isto é, fazer perguntas relevantes em qualquer situação para uma maior compreensão e também ser capaz de resolvê-las adequadamente.

Em termos de capacitação em gestão e produtividade, não é tão importante a transmissão fiel de conceitos, fórmulas, receitas e procedimentos nem tão pouco a aquisição de hábitos fixos e rotinas de trabalho; é mais importante desenvolver a capacidade de observar a realidade imediata global e estrutural; detectar todos os recursos a que se possa lançar mão; identificar os problemas que obstaculizam o uso eficiente dos recursos; visualizar as maneiras

para usufruir melhor dos recursos; e encontrar formas de organização do trabalho e de ação coletiva para conseguir tudo anteriormente citado.

Essa pedagogia não separa a transferência individual da transferência social, ela deve desenvolver-se em situação grupal.

Perfil do educando pela Pedagogia Problematicadora:

- Ativo;
- percepção aos problemas com soluções rápidas;
- desenvolvimento das habilidades intelectuais: observação, análise, avaliação, compreensão...
- participação em grupo;
- superação ágil de conflitos.

Concluindo, como podemos observar a proposta da pedagogia problematicadora torna o participante mais ativo, mais cooperativo com as situações encontradas e o faz participar horizontalmente das decisões, com a finalidade que ele aprenda a superar obstáculos através da observação e proponha soluções viáveis e rápidas dentro do seu contexto social. Esta proposta se assemelha e complementa nossa proposta metodológica escolhida para realização do projeto assistencial teórico-prático.

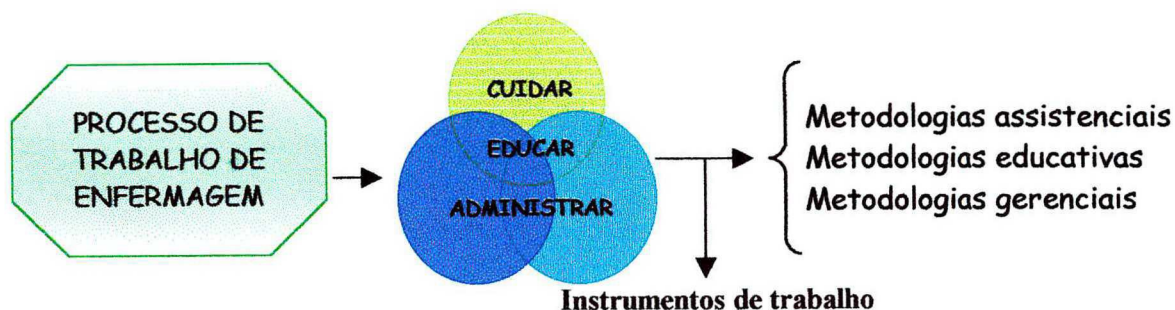
6.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM x METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

Considerando o Processo de Enfermagem uma sistematização do trabalho baseada nas etapas da metodologia científica, podemos correlacionar tais etapas com os passos do método do arco, onde identificamos o processo de enfermagem ou metodologia assistencial como o próprio desenvolvimento da proposta educativa através da metodologia problematicadora. Entretanto, ressaltamos que os princípios e pressupostos entre estas metodologias são diferenciadas e específicas ao seu corpo. Nossa intenção aqui é meramente didática.

Assim, podemos identificar que, numa proposta que tem seu foco dirigido à capacitação do Agente Comunitário de Saúde para seu processo de trabalho no Programa da Saúde da Família, o **processo educativo** constitui-se no próprio processo de trabalho a ser desenvolvido, onde a **metodologia assistencial** (processo de enfermagem) e a **metodologia**

educativa (problematizadora) se integram, numa perspectiva unificada dos diferentes processos de trabalho do enfermeiro (conforme conceitos apresentados no marco referencial):

A



B

METODOLOGIA		
CIENTÍFICA	ASSISTENCIAL	EDUCATIVA PROBLEMATIZADORA
Levantamento de dados	Histórico de Enfermagem	Leitura da realidade + Ponto chave
Análise	Diagnóstico de Enfermagem	Teorização
Soluções	Prescrições de Enfermagem	Hipóteses de solução
Implementação	Execução	Aplicação da realidade
Avaliação	Evolução de Enfermagem	Resultados

Metodologia eleita
Aplicável a ações que consideram a relação
mediadora entre os processos de trabalho cuidar,
administrar e educar.

Esquema 2 – A: Interrelação dos Processos de Trabalho da Enfermagem e as metodologias assistenciais, educativas e gerenciais. **B:** Comparativo entre a metodologia científica, assistencial de Enfermagem e Educativa Problematizadora.

7. DO PLANO À AÇÃO: A DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL EDUCATIVA

Neste capítulo passaremos a detalhar a operacionalização do objetivo geral desta prática, uma vez que entendemos que o mesmo dirigiu as ações centrais, em torno das quais outras ações foram instrumentais e complementares, embora todas fundamentais e concorrendo para os resultados alcançados e o aprendizado adquirido.

7.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma prática assistencial educativa com Agente Comunitário de Saúde de uma Equipe de Saúde da Família, a luz de um referencial teórico adaptado e da Metodologia Problematizadora.

Metodologia – Aplicando as etapas da metodologia problematizadora para o planejamento e execução de atividades educativas. O quadro a seguir sintetiza os momentos que compuseram o desenvolvimento desta ação:

Metodologia – Aplicando as etapas da metodologia problematizadora para o planejamento e execução de atividades educativas:	LEITURA DA REALIDADE	MOMENTO 1: acompanhamento das ACS, com observação participante e entrevista semi-estruturada informal concernente ao processo de trabalho do ACS.
		MOMENTO 2: dinâmica de grupo com as ACS saúde, baseada na participação ativa, dialogicidade e conscientização.
	PONTOS CHAVES	MOMENTO 3: seleção, junto às ACS, de pontos chaves considerados relevantes e eleição dos pontos prioritários a serem trabalhados.
	TEORIZAÇÃO E LEVANTAMENTO DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO	MOMENTO 4: fase de teorização e levantamento das hipóteses de solução, juntamente com as ACS, buscando a causa das situações-problema priorizadas.
	APLICAÇÃO NA REALIDADE	7.1.1 Ações educativas decorrentes da problematização e do planejamento

MOMENTO 1: acompanhou-se as Agentes Comunitárias de Saúde através da observação participante e entrevista semi-estruturada informal concernente ao processo de trabalho do ACS.

RESULTADOS:

Durantes as observações e entrevistas semiestruturadas e informais, realizadas junto às ACS, sobre seu processo de trabalho, levantou-se questões pertinentes à realidade e suas atividades, incluindo suas funções e dificuldades ou necessidades encontradas no desenvolvimento deste processo:

⇒ Sobre suas funções

- a) mapeamento da microárea;
- b) cadastramento da família e atualizações do mesmo, bem como realização do cartão do SUS para cada habitante;
- c) identificação de indivíduos e famílias em risco/área de risco;
- d) orientação das famílias quanto ao serviço de saúde;
- e) realização de visita domiciliar aos acamados com a Enfermeira e o médico;
- f) realização de visita domiciliar mensal aos indicadores de saúde (crianças, diabéticos, gestantes, hanseníase, hipertensos, idosos e tuberculose);
- g) ações de vigilância à saúde;
- h) tradução para ESF da dinâmica da comunidade e seus problemas;
- i) algumas atuam como escrituraria na USF;
- j) agendamento de consultas em casos especiais (para pessoas que trabalham e não podem vir até a unidade marcar consultas e não têm quem faça isso por elas);
- k) levar medicamentos com prescrição para indivíduos de sua micro-área (em casos especiais, como: pessoas acamadas que não têm quem busque estes medicamentos por elas).

⇒ Sobre suas dificuldades e necessidades

- a) nem todos receberam treinamento introdutório;
- b) alguns não conhecem corretamente a funcionalidade da USF para repassar à comunidade;
- c) muitas famílias não as recebem porque não gostam do atendimento da USF;
- d) existem atritos pessoais entre as ACS;
- e) há dificuldades de as ACS aceitarem seus limites/necessidades;
- f) há necessidade em orientar adequadamente os usuários do serviço de saúde sobre questões de saúde;
- g) as ACS possuem muitos registros para preencher num curto espaço de tempo;

- h) são requisitadas em qualquer hora/dia pela comunidade, o que prejudica sua privacidade.

REFLEXÃO

Percebeu-se que as ACS desenvolvem atividades além de suas funções como: trabalham de escriturárias na USF uma vez por semana; levam medicamentos com prescrições para indivíduos de sua microárea.

O trabalho como escriturária na USF é voluntário, entretanto, considerou-se importante para as Agentes Comunitárias de Saúde desenvolverem (quando possível) este papel para conhecerem melhor a realidade e, principalmente, as dificuldades da Unidade de Saúde da Família. Desta forma, essas ACS podem compreender e repassar melhor o funcionamento da unidade à comunidade. Por outro lado, ocorre o desvio de função com estratégias de utilização de mão de obra despreparada para barateamento e não suprimento do serviço com condições e recursos adequados. Quanto ao fato de algumas Agentes Comunitárias de Saúde levarem medicamentos aos indivíduos de suas microáreas, as mesmas já foram orientadas pela Enfermeira que este fato só pode ocorrer em raras situações, como por exemplo: um idoso acamado, com dificuldades de deambulação e pessoas que trabalham em turno integral em cidades vizinhas, e que, em ambos os casos, não possuem alguém que possa buscar esses medicamentos na unidade.

Quanto às dificuldades percebeu-se novamente a real necessidade da realização do Treinamento Introdutório, visto que 50% das Agentes Comunitárias de Saúde não haviam recebido esta capacitação mas, já estavam trabalhando há aproximadamente cinco meses.

Numa outra dimensão observou-se que havia certas dificuldades de relacionamento entre as Agentes Comunitárias de Saúde, o que conseqüentemente acaba interferindo de maneira negativa no seu processo de trabalho. Desta forma, implementamos atividades que proporcionaram momentos de reflexão acerca de suas atividades, formas de comunicação e possíveis mudanças de comportamento visando um trabalho em equipe mais harmonioso.

O fato das Agentes Comunitárias de Saúde serem requisitadas a qualquer momento, pela comunidade, interfere diretamente em sua privacidade, já que muitas vezes tem que interromper sua alimentação e seus momentos de descontração com a família para realizar visitas domiciliares fora de seu horário.

Quando uma pessoa da comunidade assume o papel de Agente Comunitário de Saúde, este se torna “uma referência local”. Agora tem responsabilidades, decisões a tomar e são pagas por isso. Este fato confunde as Agentes Comunitárias de Saúde como recurso ilimitado para a comunidade, onde as pessoas generalizam suas concepções de que este trabalhador deve fazer e resolver “tudo”, como por exemplo verificar pressão arterial, conseguir cestas básicas, roupas, passes e marcar consultas.

MOMENTO 2: realizou-se uma dinâmica de grupo com as Agentes Comunitárias de Saúde, numa abordagem democrática, com participação ativa, dialogicidade e conscientização.

RESULTADOS:

Esta oficina aconteceu no dia 05/11/02, com início às 9 h e término às 11 h, em uma terça-feira, na sala da Enfermeira. Os materiais utilizados foram:

- ⇒ Tesoura
- ⇒ cola
- ⇒ revistas
- ⇒ fita adesiva
- ⇒ aparelho de som
- ⇒ CD de relaxamento
- ⇒ canetinhas
- ⇒ cadeiras
- ⇒ lençol (para sentar no chão)
- ⇒ quadro, pincel atômico, apagador

Foram montadas três casas de papel pardo com o seguintes títulos: “A funções que eu desenvolvo são...”; “Como eu vejo meu trabalho...”; “Minhas dificuldades são...”. Utilizou-se uma de cada vez, sendo que foram preenchidas com figuras, retiradas das revistas e/ou manuscritos também em forma de casa.

Fase 1 – Realizou-se com as ACS uma dinâmica de relaxamento inicial, onde pediu-se para que cada pessoa presente ficasse à vontade, de forma a sentir-se melhor. Assim, com uma música relaxante iniciamos...

Relato da dinâmica de relaxamento: “vamos ficar à vontade, pensando neste momento somente em você, sentindo a respiração, as batidas do coração...largue os braços, as pernas, tire o peso... vamos respirar fundo... mais uma vez. Vamos sentir a nossa cabeça, nosso rosto, desfranzir a testa, largar os músculos, relaxar... sentir a respiração, o sangue correndo... sentir o pescoço, relaxá-lo, sentir o ventre, relaxá-lo, as pernas... relaxá-la, os pés... relaxá-lo. Agora imagine-se num lugar que gostaria de estar, numa praia, num campo, num jardim, numa cachoeira... e, sinta você chegando neste lugar... pisando na areia, nesta terra... você vai caminhando, caminhando e chega à água... seja o mar, o rio, a lagoa, a cachoeira... você sente esta água em seus pés e juntamente sente uma brisa, um ventinho suave que vem... abra seus braços e sinta este vento batendo em você e levando todos os seus pensamentos negativos, frustrações, tristezas... enfim tudo que está sobrecarregando você. Sinta, sinta esta brisa gostosa, geladinha... agora sinta também esta água onde você está, subindo pelo seu corpo... absorva a energia positiva que ela tem, sinta pelas suas pernas, pelo seu ventre, pelo seu abdome, pelo seu peito, pelos seus braços, pelo seu rosto e chegando à cabeça... sinta esta energia positiva tomando conta do seu corpo... aos poucos vá saindo desta água, voltando pelo chão firme e chegando a Biguaçu, na unidade de saúde. Aos poucos abrindo os olhos...

Fase 2 – introduziu-se a proposta do projeto e o que é a metodologia problematizadora – onde explicou-se o modelo do arco, falando-se um pouco de cada fase: leitura da realidade, levantamento dos pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação na realidade. Explorou-se mais a leitura da realidade já que esta seria o foco desta primeira oficina.

Fase 3 – solicitou-se que as ACS representassem o tema: “As Funções que eu desenvolvo são...”, através de figuras, encontradas nas revistas.

Resultado das funções:

- ⇒ Acompanhar crianças;
- ⇒ orientar com relação à alimentação, vacinas, testes – gestantes (pré-natal, acompanhamento com a Enfermeira e médico);
- ⇒ acompanhar hipertensos e diabéticos;

- ⇒ observar a convivência no lar;
- ⇒ observar e acompanhar casos de alcoolismo e drogadição
- ⇒ acompanhar os idosos.

Obs: Todas estas situações devem, de acordo com a necessidade, ser levadas ao conhecimento da Equipe de Saúde da Família.

Fase 4 – Através de revistas retirou-se figuras e/ou escreveu-se sobre o tema “Como eu vejo meu trabalho...”

Resultados:

- ⇒ Flor de Maio – *“trabalho sério, tem compromisso com as tarefas, tem que prestar contas. É algo gratificante, descontraído, às vezes cansativo. Serve como reflexão para si mesmo também. Algo que pode ajudar.”*
- ⇒ Magnólia – *“satisfatório, consegue fazer o que planeja. É uma maneira de ajudar as pessoas, marcar consultas, visitas. Gosto de trabalhar com pessoas, sinto-me realizada.”*
- ⇒ Rosa degradê – *“ajudar os pobres – conversar, arrumar roupas. Idosos pega-se remédios, crianças sem pai, sem mãe, conversa-se. Mulheres que sofrem em casa, contam sua vida. Precisa ter atenção, acolhimento, carinho e amor. As pessoas gostam do nosso trabalho, somos uma grande família.”*
- ⇒ Alamanda – *“sério, muita importância para a comunidade, ajuda-se, é gratificante, há confiança.”*
- ⇒ Amor Perfeito – *“as pessoas que visitamos sentem-se mais humanos, valorizados. Sabem que somos excelentes ouvintes. Somos importantes, as pessoas confiam em nós. Poder ajudar é muito bom, sentir-se muito acolhido. Atenção e carinho.”*
- ⇒ Calanchoe – *“além de ajudar as pessoas, elas percebem nossa importância e passam a confiar em nós.”*
- ⇒ Orquídea – *“responsabilidade. Aprender mais para ajudar melhor. Amo meu trabalho. A conversa às vezes é tudo.”*
- ⇒ Espirradeira – *“algo que ajuda muito, pois hoje HAS e DM tem medicamentos. Nos vemos como um elo, um ponto a ser explorado em busca de ajuda, soluções.”*

- ⇒ Violeta – *“satisfatório, ouvir sentimentos, conselheiro, tem que se dar por inteiro, às vezes saímos abatidos, em outros saímos alegres. Damos orientações pra a comunidade, benefícios, elogios. Trazemos os problemas da rua para unidade de saúde.”*

Fase 5 – Ainda através de revistas retirou-se figuras e/ou escreveu-se sobre o tema “Minhas dificuldades são ...”

Resultados:

- ⇒ Drogas e dificuldades em abordar usuários de droga e portadores transtornos psiquiátricos;
- ⇒ Mau atendimento de alguns profissionais da Equipe de Saúde da Família, prejudicando a aceitação do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde pela comunidade;
- ⇒ Necessidade de aprender mais para ajudar melhor;
- ⇒ Dificuldade em visitar as pessoas que só estão em casa à noite;
- ⇒ Não controle por parte dos pais do crescimento e desenvolvimento de suas crianças.
- ⇒ Algumas famílias recusam as visitas e até ofendem as ACS.
- ⇒ Elevado número de cães nas vias públicas;
- ⇒ Elevado número de fichas para preencher;
- ⇒ A comunidade pede às Agentes Comunitárias de Saúde que verifiquem a pressão arterial;
- ⇒ Há poucos carros na secretaria de saúde para visita domiciliar;
- ⇒ Pessoas não sabem o real serviço das ACS – pedem dinheiro remédio, roupas...;
- ⇒ As pessoas não querem expor seus problemas;
- ⇒ É uma área de muito risco, sem saneamento básico e água tratada.
- ⇒ Dificuldade em marcar consultas com especialistas;
- ⇒ Ausência de odontólogo na unidade de saúde Jardim Janaína;
- ⇒ Dificuldade, da comunidade, em diferenciar urgência de emergência;

- ⇒ Dificuldade em ter acesso a assistente social do município;
- ⇒ Dificuldade de acesso às casas em dias de chuva, devido a não pavimentação de muitas ruas do bairro Jardim Janáina;

REFLEXÃO

Nesta primeira oficina, percebeu-se que as ACS não demonstraram completo conhecimento sobre suas atribuições específicas, citando apenas algumas delas. Eles reconhecem seu trabalho como algo sério e de responsabilidade, exigindo planejamento e registro do trabalho executado. Consideram que para realização de suas atividades é necessário gostar de trabalhar com pessoas e de estar aberto para enfrentar limites e desafios nas relações interpessoais. Esta vivência com a realidade da comunidade os fazem refletir melhor sobre a vida pessoal. Percebem, ainda, seu trabalho como algo gratificante por estarem ajudando as pessoas de sua microárea, valorizando muito a satisfação pessoal, quando nada mencionam sobre a questão financeira.

Constatamos que um trabalho humanizado, fundamentado numa boa relação interpessoal, por vezes é confundido com caridade, reforçando a idéia equivocada de que o trabalho realizado é só para pobres, quando o PSF preconiza a universalidade e equidade no atendimento.

No que se refere aos problemas levantados, constatamos que a credibilidade das Agentes Comunitárias de Saúde junto a comunidade está diretamente ligada ao bom funcionamento da unidade de saúde, aos recursos disponíveis e oferecidos pelo município (disponibilidade de carros para visitas ou ambulâncias por exemplo) e atenção à necessidade da comunidade e, mesmo a competência do trabalho desenvolvido pelos outros profissionais a Equipe de Saúde da Família.

Acreditamos que a ética deve nortear todo trabalho do ACS, pois ele é alguém da comunidade e deve estar apto a ouvir, selecionar e passar informações convenientes e necessárias para a Equipe de Saúde da Família, para melhoria da assistência as pessoas de sua microárea. A confiança depositada na ACS de certa forma auxilia no desenvolvimento satisfatório do trabalho da ESF, e por esta responsabilidade deve ser ético não só no ouvir como no falar.

MOMENTO 3: das questões abordadas selecionou-se os pontos chaves, considerados relevantes, os quais foram apresentados às ACS, elegendo-se, conjuntamente, os pontos prioritários, bem como permitindo que estes trabalhadores acrescentassem questões ou pontos que consideraram necessários, neste momento foi realizado a teorização e formulado a hipóteses de solução do primeiro problema.

RESULTADOS:

A segunda oficina ocorreu no dia 12/11/02, com início às 9 h e término às 11 h e 30 min., teve como meta a priorização dos pontos chaves e teorização e levantamento de hipóteses de soluções para o primeiro problema.

Recursos utilizados

- ⇒ folhas sulfites com problemas
- ⇒ aparelho de som, CD
- ⇒ barbante
- ⇒ quadro, pincel atômico, apagador
- ⇒ folha para anotações e caneta

Fase 1 – Atividade de reflexão

Com o barbante, cada membro do grupo jogava-o a outro membro ao mesmo tempo em que lhe “oferecia” um sentimento, falando em voz alta. Ao final, formamos uma “teia”, fez-se a correlação com os vários sentimentos que existe num grupo e mesmo no trabalho, onde para configurar no melhor estado, necessita-se de uma harmonia entre os membros da equipe.

Após, colocou-se um a música, com a intenção que o grupo refletisse sobre a letra.

Fase 2 – Priorização dos pontos chaves

Inicialmente expôs-se ao grupo os problemas detectados pelos acadêmicos, na tentativa de verificar sua consistência com a realidade e fazendo a correlação com o que foi explorado nas entrevistas informais e na primeira oficina.

As ACS determinaram que todos os problemas eram reais e consistentes, não havendo necessidade de acrescentar ou eliminar algum, com uma única alteração: não seria “medo/temor em abordar os portadores de transtornos psicossociais”, e sim “dificuldade em abordar diretamente os portadores de transtornos psicossociais, pois a implicação está no fato de que a ACS não consegue falar diretamente com o portador, pois este nega-se a conversar ou mesmo atende-los.

As ACS priorizaram os problemas da seguinte forma:

1. Necessidade em aprofundar conhecimentos para trabalhar com famílias
2. Frustrações em relação aos seus limites
3. Presença de cães nas vias públicas e residenciais dificultando a circulação
4. Dificuldade em reconhecer suas atribuições e repassa-las a comunidade, definindo a Estratégia de Saúde da Família e o funcionamento da Unidade de Saúde
5. Dificuldade em abordar diretamente os portadores de transtornos psicossociais.

Fase 3 – Teorização do Problema “Necessidade em aprofundar conhecimentos para trabalhar com famílias”

Percebemos que o trabalho com família é algo diverso e dinâmico, que necessita de embasamento e estruturação, apesar da resposta nunca ser previsível. Wernet (2000) destaca que trabalho com famílias é estar em contato com uma pluralidade de realidade e possibilidades (...), afirma, ainda, que o trabalho com famílias nunca está pronto e sempre é construído nos momentos de interações.

As ACS entendem que a necessidade de aprender a trabalhar com famílias reside na “incógnita” que a família representa na sua realidade de trabalho. São desafios emergentes que demandam certo preparo para conseguir desenvolver ações. “... como vou falar para a família que ela precisa limpar a casa, abrir as janelas, entre outros, se sou um estranho no lar...” (Amor perfeito) “... como vou atuar se a família não quer me receber, não me atende...” (Violeta)

Fase 4 – Hipóteses de soluções para o Problema “Necessidade em aprofundar conhecimentos para trabalhar com famílias”

As ACS determinaram que fossem elaboradas palestras enfocando o trabalho com famílias; produzidos materiais textuais (cartilhas, resumos, redações) e, que se formasse um

grupo para compartilhar enfrentamentos, experiências e vivências, proporcionando melhorias no relacionamento interpessoal dos Agentes Comunitários de Saúde.

Nesta segunda oficina, percebemos que algumas ACS apresentavam necessidade em aprender o trabalho com famílias, outros não. Notamos que o “elo de ligação” quase nunca se encontra na posição neutra ou central. Algumas agentes estão mais ligadas à Unidade de Saúde, em contato permanente com o serviço de saúde. São, justamente, estas que encontram menor dificuldade em sua realidade de trabalho. “...quando eu preciso de alguma coisa, ou estou com alguma dúvida, pergunto ao médico e à Enfermeira, isso é questão de ir atrás de informação...” (Magnólia)

REFLEXÃO

Após a oficina II, o grupo de acadêmicos percebeu que as ACS demonstraram certa limitação e/ou resistência em explorar os assuntos previstos e mesmo participar da dinâmica proposta.

Frente à situação, que de alguma forma interferiu no andamento do trabalho, decidimos compartilhar esta experiência com a supervisora e o médico da USF, principalmente por possuírem um maior convívio e entrosamento com as ACS. Neste momento, levantou-se a possibilidade de mantermos uma relação mais harmoniosa com os agentes, numa tentativa de criar um vínculo de confiança e credibilidade perante elas.

Em reunião “fechada” (ACS, Enfermeira e médico), cogitou-se que o nosso grupo estava muito “afastado”, que as ACS não estavam entendendo a razão do nosso trabalho, que nós (acadêmicos) temos a intenção de que as ACS resolvam todos os problemas, pelo fato de que só exploramos e instigamos a participação, onde estão se sentindo sobrecarregados durante as discussões.

Tendo esta reunião como referência, nós (acadêmicos), decidimos montar um plano para reverter este “indesejável”, que inclui: maior participação nas atividades diárias das ACS, além do seu trabalho desenvolvido, como forma de criar um elo de integração; novamente, numa discussão maior, resgatar-se-ia os principais objetivos do projeto, ressaltando a importância para o serviço de saúde e principalmente para o trabalho do ACS; discutir o que é metodologia problematizadora, com questões comparativas da vida familiar cotidiana das ACS.

Toda mudança provoca resistência.

Em geral, as pessoas sentem medo do novo, do desconhecido, do que não lhes é familiar. A percepção vem acompanhada de um medo de ameaça à situação já organizada e segura da pessoa.

A ameaça contida na percepção da mudança pode ser real ou imaginária, mas os seus efeitos são bem reais e concretos em manifestações fisiológicas, psicológicas e sociais variadas.

Essa percepção de ameaça provoca certo desequilíbrio interno que, por sua vez, deflagra reações diversas para recuperação do estado anterior de equilíbrio.

Bloqueio e seletividade perceptiva (“não ouvir”, “não ver”), lapsos de linguagem, distrações, “esquecimentos”, projeções (“a culpa/responsabilidade é do líder, dos outros, ...”) representam exemplos de mecanismo de defesa psicológica para manter ou reaver o equilíbrio emocional, tanto das pessoas como do grupo como um todo.

Argumentos racionais, valores e padrões culturais, expressões lógicas, números e estatísticas, citações de peritos, dúvidas sobre a competência do líder ou coordenador, questionamento da metodologia ou da atividade específica, pseudofilosofia derrotista (“não adianta”, “não vale a pena”) também constituem exemplos de ações sociais, mais elaboradas a propostas de mudanças esboçadas no grupo. (MOSCOVICI, 1997, p.159)

Tendo esta experiência como marcante em nosso estágio, percebemos que para obter-se êxito com a aplicação da metodologia problematizadora, necessita-se de entendimento sobre a mesma e acima de tudo empenho dos participantes em conscientizar-se do problema, ou pensar sobre a causa e resolvê-lo. Esta é uma atividade árdua, haja vista a demanda intelectual ou mental aplicada no processo.

As ACS, notoriamente, esperavam que nós levantássemos os problemas e palestrássemos sobre quais as formas de resolução. Caracteriza uma relação (ou) reação vertical e participação passiva, disseminada e que acomoda e desestimula, em muitas situações, a criticidade do indivíduo.

Lidar com pessoas, satisfazer seus anseios e expectativas, nortear-se por uma metodologia teoricamente aplicável e adequada, foram aspectos que nos levaram a refletir durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial e, que motivaram o amadurecimento de algumas concepções pré-formuladas.

MOMENTO 4: fase de teorização e levantamento das hipóteses de solução, juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde, buscado a causa das situações-problema priorizadas anteriormente. Para isso recorreremos aos conhecimentos científicos concomitantes às vivências/experiências das ACS para compreensão destas situações.

Após o confronto entre as situações levantadas e a fundamentação teórica, as ACS foram estimulados a formular hipóteses de solução para os problemas em estudo, o que permitiu a análise de situações propostas, bem como oportunizou a planejar, priorizar e decidir sobre as ações a serem executadas.

Continuaremos agora a fase de Teorização já iniciada na segunda oficina conforme relatado anteriormente, bem como, as hipóteses de solução dos problemas em estudo.

RESULTADOS:

Foi realizada, então, uma terceira oficina no dia 19/11/2002, com início às 8 h e 30 min. e término às 11 h, na Unidade de Saúde Jardim Janaína

DINÂMICA INICIAL:” Comparando-me com uma flor”, onde espalhou-se fotos de flores pelo chão e as participantes escolhiam a foto que mais se identificavam. Posteriormente, todas em pé formando um círculo, mostravam as fotos escolhidas, falavam sobre a flor, o porquê de sua escolha e o que lhe identificava com a flor.

RELATOS:

Alamanda: *“Ela parece forte, mas tem seu lado fraco”*

Espirradeira: *“Acho-a sensível como eu”*

Calanchoe: *“Sou assim, qualquer vento me derruba”*

Sete léguas: *“Traz alegria para o ambiente, me sinto como a flor, aberta, e ela me traz muita energia”*

Orquídea: *“é uma flor bem viva, traz vivacidade, harmonia e felicidade”*

Amor Perfeito: *“ Tem beleza e também espinhos”*

Violeta: *“São bonitas, e sensíveis”*

Magnólia: *“O girassol vira para o sol e eu sou assim independente do que aconteça olho sempre para a frente”*

Rosa degradê: *“Me transmite alegria, energia”*

Flor de Maio: *“Todas as pessoas são como rosas, se não soubermos toca-las, nos machucaremos com seus espinhos.. mas sempre a beleza interior é maior que os espinhos”*

RESGATE: relembrando as hipóteses de soluções do problema 01, levantadas na última oficina....

INSTIGAÇÃO: às ACS sobre se eles têm bem claro qual o objetivo do trabalho que estamos realizando com eles?

Relatos: Rosa degrade: *“é um trabalho para vocês”*

Orquídea: *“também estão tentando ajudar nós”*

Seguiu-se de maior esclarecimento sobre o projeto, a metodologia problematizadora e houve troca de informações entre participantes e alunos.

PROBLEMA N.02:

FRUSTRAÇÕES EM RELAÇÃO A SEUS LIMITES

CAUSAS:

- ⇒ Pessoas confundem ACS com Assistente social
- ⇒ Acham que porque trabalhamos na prefeitura, temos maior contato com o prefeito
- ⇒ Pedem passe, bolsa alimentação, cesta básica, dinheiro, saneamento básico, arrumação das ruas.
- ⇒ Pessoas procuram recursos (governo) e não conseguem, e cobram das ACS
- ⇒ Cobrança para agendamento de consultas, pegar medicações, agendamento em Biguaçu.
- ⇒ Cobrança para realização de procedimentos de enfermagem, como: verificação de pressão arterial.
- ⇒ Pouca divulgação sobre as funções do ACS

HIPÓTESES DE SOLUÇÃO:

- ⇒ Treinamento Introdutório para quem ainda não tem.
- ⇒ Atualizações para todos
- ⇒ Criação de grupo de ajuda mútua local

- ⇒ Materiais educativos para as ACS

PROBLEMA N.03

PRESENÇA DE CÃES NAS VIAS PÚBLICAS E RESIDÊNCIAS,
DIFICULTANDO A CIRCULAÇÃO

CAUSAS:

- ⇒ Falta de cercado seguro
- ⇒ Donos não mantêm presos seus cães
- ⇒ Abandono de animais pelas ruas
- ⇒ Aumento da reprodução dos cães

HIPÓTESES DE SOLUÇÃO:

- ⇒ Mobilizar autoridades
- ⇒ Divulgação para manter cachorro preso
- ⇒ Divulgação para vacinação

PROBLEMA N.04

DIFICULDADE EM RECONHECER SUAS ATRIBUIÇÕES E REPASSÁ-LAS À
COMUNIDADE, DEFININDO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O
FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CAUSAS: idem n.02

HIPÓTESES DE SOLUÇÃO:

- ⇒ Divulgação para comunidade: PSF, ACS
- ⇒ Divulgação na sala de espera

PROBLEMA N.05

DIFICULDADE EM ABORDAR DIRETAMENTE PORTADORES DE TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS

CAUSAS:

“Falta de preparo de nós mesmos para lidar com este tipo de pessoa”.(Magnólia)

HIPÓTESES DE SOLUÇÃO:

Este problema foi considerado pelas ACS como já solucionado, devido ao curso de atualização que receberam nos dias 06 e 07/11 sobre “Redução de danos” (Apêndice B), promovido pelo Grupo Acorda (Associação Catarinense Redutora de Danos), com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, e que dedicou disposição integral para tirar dúvidas ou fornecer esclarecimentos para as ACS.

A temática “redução de danos” diz respeito à execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo. “As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltada a minimizar as consequências adviriam do uso de drogas”. (BRASIL, 2001, p.11) os principais componentes dos Programas de Redução de Danos no Brasil são (BRASIL, 2001, p.28):

- 1 – Disponibilização de equipamento estéril e descartável para injeção*
- 2 – Informação, educação e comunicação*
- 3 – Aconselhamento e encaminhamento*
- 4 – Vacinação e comunicação social*
- 6 – Vigilância epidemiológica*
- 7 – Acompanhamento e avaliação*

Percebemos que não só o Bairro Jardim Janaína, mas todo o município de Biguaçu destaca a problemática em questão. Transtornos mentais e comportamentais, em Biguaçu/SC, figuram em terceiro lugar (Anexo F, Tabela 11) como causa de morbidade hospitalar, perdendo consideravelmente para o grupo causa gravidez, parto e puerpério e tecnicamente igualado ao grupo causa doenças de aparelho circulatório. Há, ainda, uma concentração maior desta causa entre pessoas nas faixas etárias de 20 a 49 anos, comprometendo os anos potenciais de vida perdidos (APVP).

Esta situação, que não é exclusiva, orienta a necessidade no município da criação de um Núcleo de atenção Psicossocial (NAPS), com a finalidade de prestar assistência em saúde mental e pessoas em sofrimento psíquico, com comprometimento grave, nos cuidados intermediários entre a atenção ambulatorial e a internação hospitalar, possibilitando um novo modelo de tratamento e buscando a autonomia do usuário do serviço e sua reintegração à sociedade.

7.1. 1. AÇÕES EDUCATIVAS DECORRENTES DA PROBLEMATIZAÇÃO E DO PLANEJAMENTO

Os pontos chaves priorizados foram trabalhados individualmente, ou em grupos temáticos, em novas dinâmicas de grupo, através da mesma metodologia problematizadora. Para estes encontros, foram escolhidas estratégias e preparados recursos adequados e pertinentes à motivação, participação das Agentes Comunitárias de Saúde, bem como o suporte necessário para a fase de teorização sobre os problemas.

Em seguida aplicou-se as hipóteses de solução, que as Agentes Comunitárias de Saúde consideraram viáveis, na busca de uma realidade transformada. O quadro a seguir sintetiza os problemas, hipóteses de solução e ações desenvolvidas, sendo que o detalhamento destas ações é relatado após o mesmo.

Pontos Chaves	Hipótese de solução	Ação / Aplicação na realidade
1. Necessidade em aprender a trabalhar com famílias	– Oficina sobre família	– Exploração da temática com o auxílio da Enfermeira Ana Isabel Jatobá do Departamento de enfermagem/UFSC.
2. Frustração em relação aos seus limites	– Treinamento introdutório, cursos de atualização, criação de grupo de ajuda mútua, oficina com psicóloga, distribuição de materiais educativos sobre os temas.	<p>Ação 1 – Treinamento introdutório programado com o auxílio da supervisora Sônia .</p> <p>Ação 2 – Cursos de atualização – com convidados acadêmicos de enfermagem da VIII UC, que desenvolviam seu projeto Assistencial na Área de Atenção Básica.</p> <p>Ação 3 – Criação de um Grupo de ajuda mútua, das ACS na própria unidade, destinado a troca de experiências, e amadurecimento das relações interpessoais.</p> <p>Ação 4 – Confeccção de uma “Agenda do Agente Comunitário de Saúde”</p>
3. – Presença de cães nas vias Públicas e residências dificultando a circulação e trabalho das ACS.	<p>– divulgação para conscientizar a comunidade para manter seus cães presos e vacinados.</p> <p>- Consulta ao setor de vigilância sanitária e CIDASC – obtenção de folders de informativos.</p>	– entrega de folders educativos junto à secretaria para, se aprovado, posterior impressão destes e distribuição na comunidade.
4. – Dificuldades da ACS em reconhecer suas atribuições e repassá-las à comunidade.	– Divulgação para a comunidade sobre SUS, PSF e ACS.	– Confeccção de pôsteres sobre SUS, PSF e ACS, além de cartazes para fixação na unidade, sobre o mesmo assunto.

PROBLEMA 1

PONTO CHAVE – Necessidade em aprender a trabalhar com famílias

HIPÓTESE DE SOLUÇÃO – Oficina sobre família.

AÇÃO / APLICAÇÃO NA REALIDADE – o grupo de acadêmicos procurou auxílio da Enfermeira Ana Isabel Jatobá do Departamento de enfermagem/UFSC afim de explorar a temática abordagem e trabalho com famílias.

Relatório da oficina da Família

A oficina foi realizada no dia 03/11/02, com início às 9 h. e término às 11 h., na Unidade de saúde Jardim Janaína. A atividade iniciou-se com a apresentação da professora, que já introduziu o assunto, dizendo como seria a dinâmica inicial.

Dinâmica inicial: TEIA

Em seguida, Ana indaga o que esta Teia representa:

- ⇒ Relacionamentos
- ⇒ União
- ⇒ Nós (dificuldades) família e equipe
- ⇒ Um influencia no cotidiano do outro

Dinâmica: Dominó – Cada pessoa com uma folha A4, divide-a ao meio com uma linha e responde em um lado: “o que é família” e, no outro lado: “quem são as pessoas da minha família”. Em seguida um a pessoa inicia colocando sua folha no chão e falando o que escreveu, depois quem se assemelhou ao conceito coloca a sua folha encaixada (todas...). A partir disto construiu-se um conceito, das: ACS da USF Jardim Janaína e acadêmicos, sobre família e quem faz parte desta:

“Família é a união de pessoas que convivem na mesma casa ou não, ligados por laços de consangüinidade ou não, que trocam sentimentos de alegria, tristeza, carinho e amor, compartilham os mesmos problemas e dificuldades, inter-relacionam-se com lealdade, companheirismo, respeito, paciência e compreensão. A família surge da aliança ente duas pessoas, constituindo-se num alicerce para formação da identidade e caráter de seus membros.”

“Faz parte da família o pai, a mãe e os filhos, além dos avós maternos e paternos, tio(s), primos(as), genros e noras, namorados (as) e noivos (as) e seus familiares, vizinhos, amigos e colegas de trabalho.”

Houve discussão sobre:

- ⇒ a existência de famílias homossexuais
- ⇒ deixar o preconceito no ambiente de trabalho
- ⇒ família de produção independente
- ⇒ família pai com filhos
- ⇒ família mãe com filhos
- ⇒ família onde o animal de estimação é membro
- ⇒ Devemos perguntar aos outros: “quem você considera sua família?”
- ⇒ Este é um problema, porque o PSF considera família quem mora sobre o mesmo teto.
- ⇒ Já o código civil considera uma família membros com laços consangüíneos.
- ⇒ O conceito de família de Rosane Nitschke.
- ⇒ Todos são diferentes, assim são os membros da família.

Momentos da família:

- ⇒ expansão – quando nasce uma criança
- ⇒ perda – em caso de morte ou quando um filho casa e forma-se outro núcleo familiar
- ⇒ fase tardia – avós e avôs com netos
- ⇒ quando um filho sai de casa: sentimento de vazio e presença de mais um membro na família – conflitos.

O material educativo utilizado pela professora A. J. e repassado às ACS encontra-se no Anexo A.

PROBLEMA 2

PONTO CHAVE – Frustração em relação aos seus limites

HIPÓTESES DE SOLUÇÃO – Treinamento introdutório, cursos de atualização, criação de grupo de ajuda mútua, oficina com psicóloga e distribuição de materiais educativos sobre as atividades realizadas.

AÇÃO 1 / APLICAÇÃO NA REALIDADE – No treinamento introdutório o grupo procurou auxílio da supervisora Sônia a fim de programar as atividades. Decidiu-se abordar os seguintes temas:

- ⇒ Ética: Prof^a. Dra.do Departamento de enfermagem/UFSC Flávia Regina Souza Ramos.
- ⇒ Saúde e Promoção de Saúde – acadêmicos de enfermagem
- ⇒ Atenção Básica e SUS – Médico da Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína Hélio Barbin Jr.
- ⇒ PACS – Enfermeira supervisora Sônia
- ⇒ PSF – acadêmicos de enfermagem
- ⇒ ACS – acadêmicos de enfermagem
- ⇒ Diagnóstico comunitário – acadêmicos de enfermagem e Enfermeira supervisora Sônia
- ⇒ Visita domiciliar – Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC Michele, e acadêmicos de enfermagem
- ⇒ Preenchimento dos cadastros – Enfermeira supervisora Sônia.
- ⇒ Para o treinamento introdutório o grupo confeccionou uma apostila, denominada “Cartilha do Agente Comunitário de Saúde”, que se encontra no Apêndice C.

RELATÓRIO DO TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

1ª OFICINA – TEMA: Pensando ética no meu trabalho

MINISTRANTE: Flávia Regina Souza Ramos

DATA: 04/12/02

HORÁRIO: 08 às 10 h.

Inicialmente houve apresentação dos acadêmicos e da professora Flávia, com posterior explanação, breve, do trabalho de conclusão de curso em questão. Em seguida pediu-se que os participantes se apresentassem (nome e USF a qual pertence).

A Professora passa, então, a discutir sobre a ética no cotidiano. Exemplo: ao entrarmos num ônibus confiamos que o motorista tem condições de conduzir o veículo e nos levar aonde queremos. Como seria se não pudéssemos confiar em nenhum serviço ou ação realizada por outro e da qual necessitamos. Como esta relação de confiança se dá na ação em saúde? O que tem de especial nosso trabalho? Com quem lidamos?

Pede a uma colega permissão para usar sua bolsa. Abre-a, retira e coloca objetos conforme sua vontade. Vai passando a bolsa aos participantes para ver o que cada um coloca e o que cada um retira.

Pergunta à dona da bolsa: “Como você se sente”? – “Invasão de privacidade” – “Será que às vezes não fazemos isso com as pessoas?”

Cada um tem seus valores, formas de ver e se comportar no mundo e ao longo da vida vai construindo-se como pessoa, formando sua bagagem. É proposto um exercício em equipe para discutir valores pessoais e grupais: cada um pensa no que valoriza (valores) Flávia vai transcrevendo para o quadro: amor, dedicação, amizade, respeitosamente, dinheiro, colaboração/apoio, sinceridade, saúde.

Agora cada um tem que colocar na ordem de prioridade pessoal. Depois esta escala de valores é confrontada com a escala de grupos menores e, por fim com a escala do grande grupo. No grande grupo prioriza-se todos os valores, que ficam na seguinte ordem: saúde, amor, dinheiro, respeito, amizade, dedicação, verdade/sinceridade, colaboração/apoio.

Explicação: quando se refere a um grupo nem todos concordam, uns pensam diferente dos outros. Todos devem discutir para entrar num consenso, em busca de objetivos comuns.

Uma outra dinâmica foi usada para discutir as diferenças individuais e o trabalho em grupo: o desenho coletivo. Uma participante imagina um desenho e faz apenas o primeiro traço do mesmo. A folha vai passando pelos outros participantes que vão completando o desenho. Ao final é contratado o desenho idealizado e o resultado obtido. É discutido o trabalho coletivo e a sua relação com a ética.

Ao final, com base nas discussões é construída uma síntese que é aprovada pelo grupo como uma base para o exercício ético de suas ações e relações de trabalho:

“Ética diz respeito aos valores, à bagagem pessoal, às visões e escolhas de cada um. Estes valores mudam no decorrer da vida, assim como a importância que cada um lhes atribui e como os toma para se conduzir na vida.” Como viver envolve outras pessoas, também a ética envolve “eu” e o “outro”.

No trabalho em saúde se lida com problemas, carências e dificuldades de pessoas, famílias e comunidades, mas também com potenciais, qualidades e boas experiências. Este trabalho exige comunicação, trabalho em equipe, compromisso e divisão de responsabilidades, planejamento e objetivos comuns, para o alcance de resultados no qual todos acreditam e para o qual todos contribuem. Isto envolve compartilhar o que cada um sabe e os seus modos de fazer, mas também aceitar os modos e caminhos do outro. Quando os caminhos e pensamentos são diferentes, é preciso construir uma base comum, respeitando e aproveitando o potencial de cada um. Por isso, a comunicação para um trabalho ético tem o sentido de abertura e de diálogo – de ouvir e falar. Além disso, no trabalho em saúde há o enfrentamento de dificuldades que envolvem as condições insuficientes e inadequadas (estruturais, de apoio, de recursos, de condições de trabalho e salariais, entre outras) para os resultados esperados, o que exige ainda mais o compromisso ético para com os valores assumidos e para com a busca de uma vida e um trabalho digno, em todos os sentidos e para todos.”

Após tal síntese os participantes referiram sua satisfação por construírem, a partir de suas referências, um entendimento sobre a ética:

Violeta – *“Quando há treinamento ou cursos a E. convida muitas pessoas, mas não se discute o assunto, a gente entra mudo e sai calado”.*

Espirradeira – *“Por vezes a gente leva a equipe (Enfermeira ou médico) na casa e não tem necessidade, assim ficamos desacreditados”.*

2ª OFICINA – TEMA: Saúde e Promoção à Saúde**MINISTRANTES** – Acadêmicos de Enfermagem/UFSC**DATA** – 04/12/02**HORÁRIO:** 10:15

Pediu-se que a turma de ACS fosse dividida em 4 grupos. Solicitou-se que os mesmos representassem “Saúde” através de colagens. Para esta atividade forneceu-se: papel pardo, cola, tesoura, revistas.

Obtivemos como resultados:

- ⇒ Grupo 1 – Saúde é: fazer Higiene e Prevenção; ter frutas / comidas; praticar Exercícios; fazer acompanhamento da criança; *“é quando eu sou capaz de aprender e viver melhor”* (não identificado).
- ⇒ Grupo 2 – Saúde é: ter boa alimentação, convívio com a família, amigos, sono/descanso, religião, boa música, bom sexo, dinheiro.
- ⇒ Grupo 3 – Saúde: é quando nasce uma criança saudável, amamentação, ir ao médico, fazer exercício, ter uma alimentação saudável, ter carinho e amor.
- ⇒ Grupo 4 – Saúde é: ter fé (é importante para saúde física e espiritual), alimentação, trabalho, arte/ terapia/ lazer, dormir bem, ter uma casa, beleza física, ter higiene, rir, *“se tiver um pouquinho disso aqui você estará feliz e vai ser saudável”* (não identificado).

Em seguida houve discussão sobre o conceito de saúde, surgindo os seguintes pontos de discussão::

- ⇒ “se não estou doente, estou com saúde”.
- ⇒ “saúde é o completo bem estar físico, mental e social.”
- ⇒ conceito da VIII Conferência Nacional de Saúde (1996): “A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde, é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”

- ⇒ Revisão história dos conceitos de saúde.
- ⇒ Saúde na ótica do PSF.
- ⇒ Promoção da saúde.
- ⇒ Formas de atuar junto à comunidade para vigilância à saúde.

Ao final desta oficina, o grupo de acadêmicos percebeu que as ACS consideram “Saúde” não apenas como um estado de ausência de doenças ou de um perfeito estado físico, mental e social, mas já apontam para uma concepção crítica e ampla da nova maneira de entender e promover saúde.


3ª OFICINA – TEMA: O Papel do Agente Comunitário de Saúde dentro do SUS e Atenção Básica de Saúde.

MINISTRANTES – Dr. Hélio

DATA – 05/12/02

HORÁRIO: 8 ÀS 10 h.

Foram abordados nesta oficina:

- Aspectos históricos do SUS
 - Diretrizes do SUS:
 - ⇒ regionalização – o SUS é por região, devido a cultura e doenças particulares de cada região.
 - ⇒ hierarquização – tem uma linha de comando
 - ⇒ descentralização – poder para quem está mais próximo da população
- 

Ministério da Saúde – coordenação do SUS

Estado – supervisiona a administração dos municípios

Município – execução
- ⇒ atendimento integral – sem prejuízo das assistenciais, mais foco na prevenção
 - ⇒ participação da comunidade – através de conselhos

- ⇒ satisfação do usuário – população contente com o serviço é a nossa avaliação
- ⇒ conselhos – reunião de representantes da população para discutir os problemas da comunidade.

- Princípios do SUS:

- ⇒ Direito a saúde – saúde dever do estado e direito do cidadão (artigo 3)
- ⇒ Integralidade – atendimento desde atenção básica até a UTI
- ⇒ Universalidade – independente da raça, credo ou situação econômica, todos têm direito a saúde.
- ⇒ Equidade – todos tem direito ao mesmo tratamento – igualdade
- ⇒ Resolutividade – o máximo possível deve ser resolvido no domicílio e na Unidade de Saúde da Família. Por isto a briga por dentista, coleta para não precisar encaminhar.
- ⇒ Intersetorialidade – dinâmica entre os serviços de vários níveis (federal, estadual e municipal)
- ⇒ Humanização – tratar e cuidar bem das pessoas, atenção e carinho no cuidado.
- ⇒ Participação – democratização do conhecimento, todos sem desigualdade. A pessoa entendendo melhor sabe orientar-se no seu cuidado.

- Atenção Básica – é o primeiro nível de atenção à saúde, em que o Ministério da Saúde libera, anualmente, uma verba para cada município (fixo – PAB). segue os mesmos princípios e diretrizes do SUS. - Cartão do SUS – é a “identidade” do indivíduo no SUS, facilitando a comunicação entre diferentes níveis (da USF ao hospitalar) sobre a situação do usuário e, permitindo a transparência das informações e dos gastos na saúde.

- Conselho Municipal de Saúde – participação e avaliação do serviço de saúde. Supervisiona e planeja estratégias de execução. Deve ser paritário (gestores, profissionais e usuários). O conselho municipal geralmente não supre todas as necessidades de saúde do município, necessitando de conselhos locais, os quais devem estar vinculados ao conselho municipal de saúde, para articular ações de saúde junto à unidade. A comunidade, quando organizada em conselhos locais de saúde, pode priorizar suas necessidades e viabilizar soluções de forma mais realista e ágil.

4ª OFICINA – TEMA: PACS, PSF E ACS

MINISTRANTES – Acadêmicos de Enfermagem/UFSC e Sônia Maria Poyer

DATA – 05/12/02

HORÁRIO: 10:15 h.

Para iniciar a oficina, pediu-se que o grupo de Agentes Comunitários se dividissem em três equipes para realizar um teatro, abordando os seguintes temas: PACS, PSF e ACS.

Desenvolvimento das dramatizações:

- ⇒ PACS – o ACS leva até a Enfermeira um recém nascido, não vacinado, sua mãe com mastite e, ainda, uma senhora com diabética, com úlcera na perna. A Enfermeira faz os encaminhamentos para a unidade mista.
- ⇒ PSF – na unidade há o atendimento de uma criança com febre e manchas na pele. A Enfermeira é a primeira a atender, encaminhando ao médico da unidade para então ser examinada e receber tratamento adequado.
- ⇒ ACS – a Agente Comunitária de Saúde está realizando visitas domiciliares. Na primeira é bem atendido; na segunda não é aceito e é xingado; na última, visita à casa de um senhor alcoolista, filha drogada, a criança com esquema vacinal atrasado e a mãe desesperada, o Agente Comunitário de Saúde tenta acalmá-la, mas o senhor e sua filha são hostis, então, a ACS decide ir embora, marcando outro horário para visitar esta família.

Após as dramatizações, o grupo de acadêmicos promoveu a discussão referente aos teatros. Seguindo, também, explanou acerca dos temas representados anteriormente:

Histórico – antes da visão curativa, o próprio preparo dos profissionais de saúde não era para saúde pública, só para o modelo hospitalar. Atualmente é que está havendo incentivo na prevenção e no preparo dos profissionais para atuação na atenção básica.

Pontos abordados:

- PSF, família e sua interação com os serviços de saúde.
- SUS e PSF

- Diferença entre a Unidade Antiga e a Unidade Hoje – modelo consultório e comunidade, o vínculo.

- As atribuições principais dos membros da ESF e as específicas de cada profissional.

- processo de seleção, contratação e capacitação dos integrantes da ESF.

ACS, funções e a importância do conhecimento destas para o desempenho adequado de seu trabalho.–Em seguida, instigou-se a formação, importância e participação nos conselhos locais e municipais de saúde.

As transparências utilizadas na explanação estão Apêndice D.

Finalizou a explanação com a mensagem “A quem pertence.” (Anexo B)

5ª OFICINA – TEMA: Diagnóstico da comunidade

MINISTRANTES – Acadêmicos de Enfermagem e Sônia Maria Poyer

DATA – 06/12/02

HORÁRIO: 8 h.

Perguntou-se ao grupo de agentes o que entendem por diagnóstico?

Respostas: é o que o médico acha que a pessoa tem; a causa da doença; fazer um check-up; investigação; avaliação; análise; interpretação; Identificação. Após os acadêmicos respondem a pergunta, enfatizando o diagnóstico de saúde da comunidade:

Já o diagnóstico da comunidade é a fotografia da comunidade e serve para planejar e executar ações de saúde para posterior avaliação.

Como o ACS faz o diagnóstico?:

- ⇒ cadastrando as pessoas (tipo de doença, no de pessoas, marcadores, condição em que vive).
- ⇒ fazendo a visita domiciliar.
- ⇒ contatando as pessoas
- ⇒ realizando o mapeamento (descobrem os marcadores, esgoto, animais, água)

Dividiu-se o grupo em dois: ACS do Jardim Janaína e Bom Viver - Marcos Antônio, para que estes fizessem o diagnóstico de sua área.

Jardim Janaína realizando o diagnóstico, encontrou os seguintes problemas na comunidade de atuação: esgoto a céu aberto, açude contaminado, terreno baldio com lixo, morro, barranco, recursos: igreja, escola, unidade de saúde, panificadora.

Bom Viver e Marcos Antônio por sua vez, encontrou: favelas, esgoto a céu aberto, falta pavimentação, rio contaminado, poço e água contaminados, terreno baldio com lixo e mato, crenças diferentes, padrões de vida diferentes e alto número de cães.

Ao final foi apresentada duas fitas de vídeo: uma sobre diagnóstico de saúde da comunidade e outra sobre mapeamento, ambas confeccionadas pelo Ministério da Saúde.

No primeiro, resgata-se os tipos de diagnóstico:

- ⇒ Demográfico – por faixa etária, no de pessoas, migrações, sexo – ex. se aumenta o no de criança deverá ter mais ações para educação alimentar, aleitamento materno, vacinas, vigilância a desnutrição...
- ⇒ Diagnóstico sócio-econômico – como ganham e gastam seu dinheiro, se estão empregados, renda, comunicação, transporte, tipo de casa, saneamento básico, escolaridade e lazer.

Na fita sobre mapeamento demonstrou instruções de como desenhar sua área e como representá-la com a ajuda de uma legenda.

6ª OFICINA – TEMA: Visita Domiciliar

MINISTRANTES – Acadêmicos de Enfermagem, Sônia Maria Poyer e convidada (Michele)

DATA – 05/12/02

HORÁRIO: 13:30 h.

Inicialmente, solicitou-se que as ACS realizassem uma nova dramatização, agora enfocando a visita domiciliar. Nesta, o grupo de acadêmicos distribuiu os temas (Visita Domiciliar a uma família com membros portadores de transtornos psicossociais; violência à criança e; dependentes químicos) para os três grupos de ACS formados.

⇒ A convidada inicia comentando os teatros, seguindo comum resgate histórico da visita domiciliar, passando a promover discussões com os ACS acerca dos seguintes pontos:

- a. O que facilita/difículta a visita
- b. Quem pode fazer a visita?
- c. Pontos negativos da Visita Domiciliar
- d. Pontos positivos da Visita Domiciliar.

AÇÃO 2 / APLICAÇÃO NA REALIDADE – Cursos de atualização – convidou-se alguns acadêmicos de enfermagem da VIII Unidade Curricular, que estavam desenvolvendo seu projeto Assistencial na Área de Atenção Básica. Nestes encontros foram abordados os seguintes assuntos:

- ⇒ prevenção de acidentes domésticos na infância – acadêmicas de enfermagem: Priscilla Cibeli Tramontina e Tereza Cristina Zanini.
- ⇒ Estratégia gera- bebê cidadão – acadêmicas de enfermagem: Flávia Rodrigues, Renata Pacheco e Stela Cândido Chiodelli

RELATÓRIO DO CURSO DE ATUALIZAÇÕES PARA ACS

Tema: Prevenção de acidentes domésticos infantis.

Palestrantes: Priscilla Cibeli Tramontina

Tereza Cristina Zanini

Data: 10/12/02

Horário: 8 – 10 h.

As palestrantes foram apresentadas pelos acadêmicos de enfermagem, assumindo a reunião e dando início ao tema a partir de exemplos de acidentes domésticos infantis. A seguir explanaram a cerca dos acidentes mais comuns na infância, bem como a prevenção destes:

- ⇒ Cortes
- ⇒ Quedas
- ⇒ Intoxicação
- ⇒ Picadas venenosas e mordeduras
- ⇒ Choque elétrico
- ⇒ Corpos estranhos
- ⇒ Queimaduras/acidentes de trânsito
- ⇒ Afogamentos

É valido ressaltar que esta explanação ocorreu com a participação das Agentes Comunitárias de Saúde contando suas vivências.

Tema: Gera-bebê Cidadão

Palestrantes: Flávia Rodrigues

Renata Pacheco

Stela Cândido Chiodelli

Data: 10/12/02

Horário: 10 – 12 h.

As palestrantes foram apresentadas às ACS pelos acadêmicos, iniciaram pedindo que as participantes se apresentassem. Introduziram o tema (Gera-bebê cidadão) indagando o que as participantes sabem sobre o programa, depois, realizou-se um resgate teórico do programa (estratégia e passos do programa – ACS captar a gestante; garantir pré-natal; garantir parto humanizado; acolhimento nas maternidades, onde são marcadas a consulta de puerpério, o teste do pezinho e as vacinas).

Realizou-se uma dinâmica com grupo, onde cada participante (Incluindo as ACS) escrevia em um papel alguma das dúvidas que as mães poderiam ter sobre o cuidado com o RN e/ou com ela mesma. Em seguida os papéis foram colocados em uma caixa e fizeram a brincadeira da “batata quente”, com uma música de fundo que ao parar, a pessoa que estava

com a caixa na mão iria pegar um dos papéis e ler para os participantes, tentando junto com estes responder.

As perguntas que surgiram foram:

- ⇒ Uma senhora que teve 02 cesáreas pode ter parto normal?
- ⇒ Com bico rachado, além de aplicar leite próprio e sol, o que a mãe pode usar?
- ⇒ Como se faz o curativo do umbigo? Pode dar banho mesmo que o umbigo não tenha caído?
- ⇒ Qual o tempo certo para cair o umbigo?
- ⇒ O que se faz quando o RN fica com mau funcionamento do intestino (constipação)?
- ⇒ Como a mãe deve se cuidar para não ter mais filhos?
- ⇒ Pode usar a maquininha para tirar leite do peito?
- ⇒ Porque a criança nasce com amarelão?
- ⇒ O que fazer quando a mãe diz que vai dar mamadeira porque seu leite é fraco?
- ⇒ O que fazer se o umbigo estiver sangrando?
- ⇒ Quando o peito está empedrado o que fazer?

Acreditamos que as perguntas feitas pelas ACS, correspondem, na maioria das vezes, às dúvidas das mulheres com relação ao parto e puerpério. São questões que exigem orientação profissional, suporte teórico-científico e portanto devem ser encaminhadas à USF.

O fechamento das duas oficinas foi feito com agradecimentos e entrega dos folders relativos a cada assunto, os quais encontram-se no Anexo C.

AÇÃO 3 / APLICAÇÃO NA REALIDADE – Criação de um Grupo de ajuda mútua, das Agentes Comunitárias, na própria Unidade de Saúde da Família, nas segundas-feiras, com duração de uma hora. O grupo destina-se a troca de experiências/vivências, desabafos, dificuldades e amadurecimento das relações interpessoais. Para esta ação foram realizados três encontros:

PRIMEIRO ENCONTRO: compartilhando enfrentamentos

DATA: 25/11/02

HORÁRIO: 15 h.

A reunião iniciou, com a presença de todos as ACS da Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína, com uma dinâmica inicial, A Trilha, de apresentação. Após, propiciou-se um momento para compartilhar enfrentamentos.

Dinâmica de grupo

A trilha

Objetivo: auxiliar o participante a vivenciar a prática da solidariedade e resgatar o compromisso com o outro.

Duração: 30 minutos.

Material: sala ampla, aparelho de som, CD, palmilhas de papel cartão e música instrumental.

Desenvolvimento:

1 – Fez-se uma trilha com as palmilhas, uma atrás da outra.

2 – Dividiu-se o grupo em dois grupos menores, que posicionaram cada um nas pontas das trilhas.

3 – Explicou-se a dinâmica:

No centro da sala temos uma trilha, do lado direito e esquerdo um precipício (desfiladeiro ou abismo). Vocês deverão passar na trilha sem cair. Isso vale para os dois grupos. Depois de feitas as combinações, os grupos fizeram a passagem um de cada vez.

4 – o facilitador lembrou ao grupo que é fácil essa caminhada e que a vida não é assim, pois nos encontramos com os outros, no sentido contrário, no cotidiano. Sendo assim, ressalta-se:

5 – Os grupos passarão, ao mesmo tempo, pela trilha. Iniciou-se a caminhada, novamente, com a música de fundo. O facilitador estimulou o grupo, solicitando a ajuda para a companheira, possibilidade de dar as mãos, cuidado, calma, reflexão, sem pressa, entre outros

REFLEXÃO:

O grupo fez uma comparação da trilha com a vida, com o trabalho desenvolvido no dia-a-dia. Quando os dois grupos tentaram passar ao mesmo tempo pela trilha, em sentidos contrários, houve uma certa dificuldade, pois exigia um trabalho conjunto. Todos exercem a mesma função, tem as mesmas atribuições, muitos objetivos comuns, e conseqüentemente, necessita-se de um trabalho em equipe, compartilhando, para superar os obstáculos encontrados.

Este tipo de atividade exercitou o grupo a aspirar um movimento de “unicidade”, compromisso com o outro, ajuda mútua.

Entre os depoimentos relatados: “Na nossa vida também encontramos pessoas que nos querem prejudicar, derrubar e não ajudar.” (Amor Perfeito) “Quando a vontade era de ajudar, todos alcançavam seu objetivo.” (Magnólia)

Momento de compartilhar desafios e experiências

Nesta atividade as ACS colocaram para o grupo suas experiências marcantes durante o trabalho, suas dificuldades e conquistas.

Magnólia colocou a situação em que uma senhora depressiva negava-se a receber sua visita e, que por persistência/insistência e jogos estratégicos conseguiu convencer e conquistar a usuária a receber visitas.

Violeta expôs um caso em que uma senhora, que morava sozinha, numa casa mal estruturada, possívelmente dependente química (álcool), em condições subumanas, não quer receber visitas. Neste momento o grupo mobilizou-se para tentar solucionar o problema em questão. Foi o forte movimento de equipe, invocando, discutindo estratégias e planos, problematizando a situação. O grupo então sugeriu que duas agentes acompanhassem Violeta e ajudassem na relação com a usuária. Como resultado, as agentes conseguiram conquistar a confiança desta pessoa da comunidade e realizar visitas quando fosse necessário. Além de buscar outros recursos (alimentos) na Unidade de Saúde da Família para ajudar a usuária.

Várias outras vivências foram expostas, com um encaminhamento de gestante que não queria se consultar, outro usuário não conseguia continuar o tratamento, entre outros foram intervenções bem sucedidas e compartilhadas para o grupo.

Percebemos que o fato de expor para o grupo experiências marcantes, bem ou mal resolutivas, além de conquistar, instiga as ACS a refletirem sobre a realidade, moldando o trabalho conforma àquilo compartilhado entre o grupo. É como se “filtrassem” algo que encaixa na realidade de trabalho.

- ⇒ esta atividade foi gratificante, haja vista o empenho e dedicação das ACS, enriquecendo as discussões com seriedade e, compromissadas com a dinâmica ofertada e desejada por elas.
- ⇒ observamos troca de experiências e de informações consistentes e condizentes com as discussões. Foi o momento de “pensar o fazer” e como fazer.

Num segundo encontro, convidou-se uma psicóloga, prof^a. do Departamento de Psicologia da UFSC para abordar as frustrações das ACS em relação aos seus limites.

SEGUNDO ENCONTRO: reunião com a psicóloga J.

DATA: 09/12/02

HORÁRIO: 15h.

A reunião iniciou, com a presença de todos as ACS da unidade de saúde Jardim Janáina, com uma dinâmica inicial de apresentação, onde uma ACS apresentava a colega, mostrando como ela gostaria de ser lembrada e vista por todos. Após, fez-se uma sessão de relaxamento com música, onde a psicóloga pediu para esquecer de tudo, pensar em algo bom e o motivo de estar aqui.

Numa folha escrever:

- 1 – por que vieram para cá hoje?
- 2 – o que gostariam de fazer no trabalho como ACS?
- 3 – o que não gostariam de fazer no trabalho como ACS?

Farão agora troca de informações anteriores com outra colega, que não seja aquela que a apresentou, para misturar. Uma repassará as informações a outra, com intuito de levantar, principalmente, as afinidades.

Primeiro a psicóloga pediu que cada um escrevesse o que veio a cabeça, quando pensaram que viriam para esta reunião:

- ⇒ *“Aprender a ser uma pessoa melhor”* – Magnólia e Amor Perfeito
- ⇒ *“Dificuldade entre as pessoas da família”* – Sete Léguas
- ⇒ *“Conhecer-se melhor e elevar nossa auto-estima”* – Espirradeira e Alamanda
- ⇒ *“Relaxar trocar idéias, não desanimar”* – Flor de maio
- ⇒ *“Envolvimento emocional com as famílias as quais visitamos”* – Rosa degrade e Amor Perfeito
- ⇒ *“Saber lidar com certas ocasiões e como lidar com as dificuldades”* – Calanchoe
- ⇒ *“Aprender coisas novas e como lidar com dificuldades, lidar melhor com as pessoas”* – Orquídea, Violeta e Flor de Maio
- ⇒ *“Às vezes tu é egoísta, como você se envolve no teatro, senti-me relaxada, precisa de alguém para te dar um empurrão, refletir e aceitar melhor os nossos erros”* – Orquídea

Depois a psicóloga pediu que escrevessem o que gostariam de fazer:

- ⇒ *“Solucionar alguns problemas”* – Rosa degrade e Alamanda
- ⇒ *“Gostaria de poder marcar mais consultas”* – Amor Perfeito
- ⇒ *“Ajudar as pessoas que mais precisassem, que passa fome”* – Orquídea
- ⇒ *“Gostaria de fazer mais pelas pessoas”* – Violeta
- ⇒ *“Superar os limites e ser uma fada madrinha”* – Calanchoe
- ⇒ *“Saber conciliar o pessoal com o profissional”* – Alamanda
- ⇒ *“Poder ajudar mais na solução dos problemas”* – Flor de Maio
- ⇒ *“Poder ajudar psicologicamente também, além de outros aspectos”* – Espirradeira
- ⇒ *“Dizer mais sim do que não”* – Magnólia
- ⇒ *“Gostaria de poder ajudar mais os idosos, diminuir sua solidão”* – Amor Perfeito

Depois foi pedido que escrevessem o que não gostariam de fazer:

- ⇒ *“Limites que são colocados, ter que dizer não”* – Rosa degrade

- ⇒ *“Não gosto de dizer não a quem pede ajuda”* – Amor Perfeito, Violeta, Orquídea, Rosa degrade e Flor de Maio
- ⇒ *“Não gosto de lidar com usuário de droga”* – Calanchoe
- ⇒ *“Odeia dizer e receber não, alguém dizer que não precisa de ti, talvez eu pudesse ajudar, mas ela não quis se abrir. Psicóloga – diz que às vezes tomamos o não para nós, o não é para elas e não para nós, ela fecha uma porta pra si, para as possibilidades que ela não quis. O não é para ela, para a vida dela, das dificuldades dela, de não deixar as pessoas ajuda-la”* – Espirradeira
- ⇒ *“Ser mal compreendida por querer as coisas certas demais no trabalho”* - Magnólia
- ⇒ *“Não consegue lidar com o problema dos cães, e não gosta de ouvir falarem mal da unidade”* – Sete Léguas

Pontos de reflexão, sugeridos pela psicóloga:

- A raiva e a frustração acumulada, viram desânimo, tristeza. A raiva que é jogada aos outros ou em nós mesmos, provocam doenças físicas. Eu não consigo mexer no que quero mudar, brigar com quem realmente eu quero, então brigo com quem está ao meu lado.
- Desejo poder resolver tudo, querer ser super-mulher
- Não preciso querer, nem fazer tudo.
- Porque tenho que fazer tudo certo? Em todos os aspectos?
- É preciso tolerar os próprios limites, tem coisas que são dos outros, coisas que preciso dos outros e outras que não consigo fazer nem com os outros, nem sozinho.

Tarefa – O que é possível fazer dentro destes limites:

- ⇒ eu sozinha...
- ⇒ eu com o grupo...
- ⇒ o que é possível para as pessoas
- ⇒ metas para eu atingir...

Sempre precisamos de palavras para aumentar, elevar o ânimo

“Hoje é uma luz, conseguimos expor” (Orquídea)

“Deu para relaxar, houve mudanças, abriu algo em nós.” (Rosa degrade)

TERCEIRO ENCONTRO: avaliação

DATA: 16/12/02

HORÁRIO: 15 h.

No terceiro encontro realizou-se uma oficina para explorar as potencialidades das ACS frente aos seus limites e realizar a avaliação com as mesmas sobre o desenvolvimento de todas as atividades. As avaliações foram:

- ⇒ *“Agora sabemos muito mais o que falar na hora da visita. Adquiri maior confiança em minhas atitudes durante o trabalho, aceitando melhor os seus limites.”* (Rosa degrade)
- ⇒ *“Penso melhor nas dificuldades e consigo me abrir melhor.”* (Calanchoe)
- ⇒ *“Podemos dizer o que não podemos fazer e ainda explicar o porquê.”* (Amor Perfeito)
- ⇒ *“Foi uma coisa boa. Apreendi a ser uma pessoa melhor e a dizer não quando não quero fazer algo. Estou mais confiante. Revi minha mala, tirei coisas velhas e coloquei coisas novas.”* (Magnólia)
- ⇒ *“Sei que o que aprendi está guardadinho aqui (apontando a cabeça) na hora em que eu precisar irei conseguir.”* (Violeta)
- ⇒ *“Gostei das atividades, aprendi coisas novas.”* (Amor Perfeito)
- ⇒ *“Fiquei mais faladeira, antes tinha vergonha nas oficinas. Apresentou uma mensagem ao grupo:*
“Nossa missão é tomar vocês, o salvador, conhecido e amado por todos, através dos meios e modos que o amor de vocês inspira, discernindo os sinais do tempo.”
 (Espirradeira)
- ⇒ *“Gostei muito, aprendi a me soltar mais e a me expressar melhor.”* (Sete léguas)

- ⇒ *“Nós valorizamos o trabalho de vocês.”* (Rosa degrade)
- ⇒ *“Fomos privilegiadas de termos sido escolhidas, foi mais o nosso trabalho esclareceu e abriu a nossa mente.”* (Alamanda)
- ⇒ *Legal, aprendi a me sair melhor.* (Flor de Maio)

Ao final os acadêmicos fizeram uma avaliação do estágio.

AÇÃO 4 / APLICAÇÃO NA REALIDADE – confecção de uma “Agenda do Agente Comunitário de Saúde” (Apêndice E), com os seguintes dados:

- ⇒ Dados pessoais e local de trabalho.
- ⇒ Calendário e aniversários.
- ⇒ Esquema de vacinação, valores laboratoriais e algumas dicas (ex. soro caseiro).
- ⇒ Formulário para cadastro das famílias.
- ⇒ Espaços destinados ao Cartão do SUS, Hiperdia e textos diversos (incluindo aqueles fornecidos pelo grupo de acadêmicos).
- ⇒ Agenda de compromissos, dúvidas e telefônica (com telefones úteis do município de Biguaçu).

PROBLEMA 3

PONTO CHAVE – Presença de cães nas vias Públicas e residências dificultando a circulação e trabalho das ACS.

HIPÓTESES DE SOLUÇÃO – divulgação para conscientizar a comunidade para manter seus cães presos e vacinados.

AÇÃO / APLICAÇÃO NA REALIDADE – os acadêmicos de enfermagem procuraram inicialmente a vigilância sanitária onde foram encaminhados à CIDASC, que ressaltou a complexidade de resolução do problema e nos forneceu alguns folders explicativos.

REFLEXÃO

Conforme priorização dos problemas em oficina anterior, “a presença de cães nas vias públicas” foi um dos problemas escolhidos pois estava dificultando o trânsito de algumas pessoas, até impossibilitando, além de serem potenciais transmissores de doenças.

Na discussão do problema, na visão da maioria era algo de baixa governabilidade. Durante sua priorização expusemos este fato às ACS, dizendo que faríamos a nossa parte, mas o problema realmente era complicado e, assim como as ACS têm limites, também temos.

A partir das hipóteses de solução das ACS, nós analisamos as mesmas e fomos em busca das possíveis soluções. Sabíamos que o principal problema dos cães, não eram eles, mas sim seus donos, estes precisavam ser conscientizados.

Mesmo com a idéia anterior em mente. Fomos em busca de recursos para tentar solucionar o problema. Pensávamos em folders para conscientizar a população em relação aos cuidados com seu cão, mas devido ao alto custo, foi inviável. Procuramos a secretária de saúde, trocamos idéias, mas achamos mais prudente procurar alguém da CIDASC para ver se conseguíamos alguns folders. Na CIDASC tivemos uma longa conversa sobre saúde-pública, no final enfocando para o problema dos cães vadios. Levamos alguns folders, em torno de quatro exemplares de cada tipo, sendo que referente ao nosso assunto só havia dois. Eles foram adaptados e deixados na secretaria de saúde (Apêndice F) para caso futuro em campanhas de conscientização da população em relação ao seu cão.

Como já dissemos anteriormente sabíamos que a solução destes problemas não estava somente em nos cães presos ou vacinados. Estas atitudes só funcionam quando os donos dos cães estão preparados para assumirem esta postura. Acreditamos estar na educação contínua e progressiva da população a conscientização dos cuidados que precisamos ter na relação homem-cachorro. Neste momento não houve tempo suficiente para trabalhar este problema e por termos outras dificuldades com as ACS, com uma governabilidade maior, um possível aprendizado para nós todos e com possibilidades de resultados a curto prazo satisfatórios e que optou-se conscientemente e criticamente por não lidar com o problema dos cães nas vias públicas.

PROBLEMA 4

PONTO CHAVE – Dificuldades da ACS em reconhecer suas atribuições e repassa-las à comunidade.

HIPÓTESES DE SOLUÇÃO – divulgação para a comunidade sobre SUS, PSF e ACS.

AÇÃO / APLICAÇÃO NA REALIDADE – confecção de folders sobre SUS, PSF e ACS (Apêndice G), além disso elaborou-se cartazes (fixados na unidade), os quais contemplam o mesmo conteúdo dos folders.

Os modelo de todos os folders construídos durante a prática assistencial foram enviados à secretaria municipal de saúde de Biguaçu para avaliação e posterior possibilidade de impressão dos mesmos em grande escala.

Cabe ressaltar que o Treinamento Introdutório teve como foco a atuação da ACS numa Equipe de Saúde da Família, resgatando suas atribuições no PSF. O número de encontros para o desenvolvimento de nossa prática assistencial educativa realizou-se conforme as necessidades das Agentes Comunitárias de Saúde e da disponibilidade dos acadêmicos, que se limita a 220 horas de estágio teórico-prático.

8. DO PLANO À AÇÃO: O DESENVOLVIMENTO DE OBJETIVOS E DE CONHECIMENTOS PARA UMA AÇÃO CRÍTICA

Neste capítulo serão descritos métodos escolhidos, a execução e os resultados alcançados durante nossas atividades teórico-práticas, referentes aos objetivos específicos.

8.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

8.1.1. *Contextualizar o município de Biguaçu, quanto aos aspectos sociais, políticos e econômicos, bem como quanto à organização dos serviços de saúde no município.*

Metodologia - Buscando dados do município de Biguaçu via internet (em fonte segura) e Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu.

Execução -

- a) pesquisa aos sites www.datasus.gov.br , www.saude.gov.br e www.pmbigua.cjb.net
- b) visita a Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu com entrevista informal com a Secretária Municipal de Saúde Enfermeira Dra. Eliana Marília Faria



Município de Biguaçu

RESULTADOS:

DADOS SÓCIO-POLÍTICO-ECONÔMICO DO MUNICÍPIO BIGUAÇU

Data de Emancipação: 17/05/1833

Superfície: 302 Km²

Clima: Sub-tropical

Colonização: Açoriana

Altitude Média: 03 metros

Latitude: 27,4917 graus

Longitude: 48,65556 graus

População: 47076 habitantes

Temperatura Média Anual: 23,25° C

Base Econômica: Agricultura, Turismo e Comércio

Turismo: Reserva Indígena, Cultura Açoriana, Belezas Naturais, Restaurantes e praias

Gentílico: Biguaçuense

PREFEITURA

Prefeito: Vilmar Astrogildo de Souza (Tuta)

Vice-Prefeito: João José dos Santos

Chefe de Gabinete: Jane Maria Guilherme Trierweiler

Secretária: Maria Terezinha Soares

Recepcionista: Elizete da Rocha

Motorista do Prefeito: Valcir Astrogildo de Souza

Assessor de Imprensa: Afonso José dos Santos

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretária: Enf^a Dra. Eliana Faria

Endereço: Rua Justino Adalberto Leal nº100 – Biguaçu Centro

Cep: 88160-00

Telefone:(48) 243-1040

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO DE BIGUAÇU

O Município de Biguaçu localiza-se a **17 km da Capital Florianópolis**, na região litorânea central do Estado. O principal acesso ao Município é dado pela Rodovia BR-101 que corta o mesmo em uma vasta extensão. Limita-se ao **Norte** com os Municípios de Canelinhas e Tijucas, ao **Sul** com o Município de São José, à **Leste** com o Município de Governador Celso Ramos e o Oceano Atlântico e à **Oeste** limita-se com os Municípios de Antônio Carlos e São João Batista.

HISTÓRICO

Biguaçu surgiu em 1748, quando imigrantes portugueses vindos do arquipélago dos Açores foram assentados no vilarejo de São Miguel. Em 17 de maio de 1833, o município, que se chamava na época São Miguel, emancipou-se do município de Nossa Senhora do Desterro (atual Florianópolis).

Neste mesmo século, as rivalidades entre Portugal e Espanha pela disputa das terras do sul do Brasil forçavam os portugueses a aumentar a população do litoral de Santa Catarina. Nessa época vários núcleos se estabeleceram a partir de famílias do Arquipélago dos Açores e

Madeira. No ano de 1748, chegam à Ilha de Santa Catarina 461 açorianos, e uma parte foi encaminhada para fundar a povoação de São Miguel da Terra Firme.

A Vila de São Miguel foi deveras importante para a composição da história do Brasil meridional. Aqui todos os navios estrangeiros rumo ao Prata abasteciam-se de água potável, madeiras e frutos. O comércio da caça à baleia foi instituído na região, no lugar denominado armação da Piedade, que hoje pertence ao Município de Governador Celso Ramos. Em 1777 abrigou a sede da Capitania de Santa Catarina, quando da invasão espanhola, no Desterro. O vigor econômico de São Miguel ficou muito bem caracterizado no cenário colonial que se edificou na Vila, cujo ponto mais destacado é o conjunto composto pelo Sobrado (construído por Ramalho Pereira, hoje Casa dos Açores - Museu Etnográfico, contendo muitas espécies botânicas da mata Atlântica, situado numa chácara com área de 154.704 m²), Capela e Aqueduto¹.

A partir do ano de 1829 iniciou-se o processo de colonização germânica, agora pelo interior do município onde hoje encontra os município de São Pedro de Alcântara, por exemplo. A organização política de Biguaçu também teve seu início em São Miguel, junto ao distrito de Guaporanga. Em 8 de fevereiro de 1758, a freguesia de São Miguel foi levada à categoria de Vila e em 17 de maio de 1833 foi instalado o município com sede em São Miguel.

Em 19 de dezembro de 1882, a lei nº 971 cria a freguesia de São João Evangelista da Foz do Rio Biguaçu. Alguns fatores importantes contribuíram para esse processo, dentre eles a evolução do comércio litorâneo na área de exportação e a atuação dos imigrantes. Na década de 80/90 instalam-se novas indústrias no município destacando-se a área de plástico e incrementando a receita do município.

No século XIX, a vila declinou progressivamente após o estabelecimento de famílias na cabeceira do rio Biguaçu, desenvolvendo ali um comércio e extração de madeira, realizada com a comunidade de Alto Biguaçu e todo o seu interior. Esse desenvolvimento levou João Nicolau Born, primeiro prefeito, a lutar pela transferência da sede da Vila de São Miguel para a Barra do Rio Biguaçu. João Nicolau Born e lideranças políticas atingem o objetivo em 1894,

¹ Tombados em 14 de novembro de 1969, pelo serviço de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.

quando a 21 de abril, o decreto nº 183 transfere definitivamente a sede da vila de São Miguel da Terra Firme para a vila de São João Evangelista da Barra de Biguaçu.

No ano de 1866, a sede do município foi transferida para a localidade de Biguaçu, situada às margens do rio de mesmo nome, passando o município a denominar-se Biguaçu. Entretanto a sede voltou a São Miguel, aí ficando até 1894, por determinação de João Nicolau Born.

A cidade possui seu charme e mostra ao visitante a sua maior herança. Remanescente de sua cultura, de base açoriana, (1748) e da miscigenação de outros povos que aqui se fixaram, como o alemão (séc. XIX), italiano (final do séc. XIX e início do séc.XX), sírio libanês (séc. XX), holandeses (1950) e negros (séc. XVIII, fruto da política escravocrata). Os índios estabelecidos em Guaporanga são remanescentes de reservas existentes em outras regiões de Santa Catarina, além de muitos estrangeiros que ajudaram e ajudam a fazer essa terra.



Igreja Matriz de Biguaçu

PRINCIPAIS EVENTOS EM BIGUAÇU

- ⇒ Big Festa – Maio
- ⇒ Festa do Colono – Julho
- ⇒ Nossa Senhora dos Navegantes - Fevereiro

PERFIL DA POPULAÇÃO

O Município de Biguaçu apresenta um total de 51.026 habitantes, com uma distribuição uniforme entre os sexos masculino e feminino, na proporção 1:1. há uma concentração maior entre a população de 20 a 29 anos, em ambos os sexos. Mulheres em idade fértil (10 – 49 anos) correspondem a 67% da população feminina.

A pirâmide populacional é desenhada a partir dos dados sobre a população por idade e sexo. O modelo que resulta demonstra aspectos sociais e/ou de saúde da população. Biguaçu possui uma pirâmide de base larga e ápice afilado, caracterizando uma população jovem e com baixa longevidade.

De 1996 a 2002, a população de Biguaçu teve um crescimento de aproximadamente 20%, correspondente a 10 979 novos habitantes.

Em 2000, a população alfabetizava chegava a 80,3%, porém na faixa etária de 5 a 9 anos somente 58,2% sabiam ler e escrever.

Os dados acima encontram-se em tabelas conforme Anexo D.

PERFIL DO SANEAMENTO BÁSICO

Entre os moradores de Biguaçu, 78,23% são abastecidas com água de rede geral em 26,29% por poços ou nascentes (na propriedade). O tipo de instalação sanitária é deficiente, sendo que somente 46% possuem fossa séptica, os demais estão distribuídos entre valas, fossa rudimentar, rio, lago ou mar. A maior parte do lixo em Biguaçu, 84,3%, é coletado por serviço de limpeza.

Os dados acima encontram-se em tabelas conforme Anexo E.

PERFIL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O município de Biguaçu, até dez/2001, possuía 15 centros de saúde e três unidades móveis para atendimento médico-odontológico e, dois serviços auxiliares de diagnose e terapia, sendo que destes dezoito são mantidos por recursos municipais.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO:

O Município de Biguaçu/SC conta com 12 Equipes de Saúde da Família distribuídas entre as zonas urbanas e rurais abrangendo aproximadamente 80% da população.

A Unidade Mista de Saúde do Município é a referência para as demais Unidades de Saúde, devido a grande agregação de atividades desenvolvidas, quais sejam: Laboratório, odontologia especializada, Programas de DST/AIDS - Tuberculose - hanseníase, realização de ECG, pronto atendimento, funcionamento de algumas especialidades médicas e, atenção básica que possui médicos de rede e cinco ESF, que abrangem as comunidades de Saveiro, Mar das Pedras e Morro da Bina; Prado e Dalmolin; Jardim Anitápolis; Rússia e Alemanha (zona rural); Boa Vista, Vendaval e São Nicolau; Rio Caveiras.

O CIABS (Centro Integrado de Atenção Básica à Saúde) é uma unidade básica que provém da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e Univalli, onde possui atendimentos nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia, além Odontologia, Médicos de rede e duas ESF, assistindo as comunidades de Fundos e Jardim Carandaí.

Na outra zona rural, onde estão localizadas as comunidades de São Marcos, São Mateus, Limeira, Sorocaba Dentro, Sorocaba Fora, a outra ESF com base em Limeira, construída com orçamento participativo.

As áreas de Tijuquinhas, Cachoeiras, Estiva, Areias de Cima e São Miguel são atendidos por uma ESF com base em Tijuquinhas, também construída com orçamento participativo. Esta área é caracterizada como suburbana, rural e pesqueira.

As três USF restantes estão distribuídas entre as comunidades de Bom Viver, Marco Antônio e Jardim Janaína.

As principais áreas de risco em saúde são: Saveiro e Jardim Anitápolis. As zonas rurais não possuem água tratada. A secretária de saúde ressalta ainda que o Município apresenta uma grande quantidade de ratos, atribuídos à falta de tratamento de esgoto, onde até o segundo semestre de 2002 foram investidos seis mil reais em raticidas.

Os dados acima se encontram em tabelas conforme Anexo F.

8.1.2. Reconhecer o processo de trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Jardim Janaína.

Metodologia - Verificando como se estabelece a dinâmica de trabalho entre os membros da equipe do PSF, através de observação participante e entrevistas informais.

- Confrontando as atribuições de cada membro da equipe de saúde preconizados pelo Programa de Saúde da Família com àquelas encontradas na realidade de trabalho, através de leituras bibliográficas específicas do Programa e observação participante.

Execução -

- a) Participação em um curso de atualização referente à vacinação de doenças exantemáticas – Rubéola e Sarampo (Anexo G).
- b) Observação da dinâmica de trabalho da equipe, com a realização de entrevistas informais e observações, destacando as atribuições de cada membro da equipe para posterior confronto com a literatura.
- c) Participação em uma atividade educativa na Escola Fernando Viegas Amorim promovidas pela ESF (Apêndice H).
- d) Participação na reunião das ACS, no qual estavam presentes a Enfermeira, o médico e as ACS. Neste encontro o médico palestrou sobre o tema verminose (Apêndice I).
- e) Participação em visitas domiciliares com a ESF (Apêndice J)
- f) Participação no grupo de idosos (Apêndice K)
- g) (Re) conhecimento da sala de vacina (Apêndice L)
- h) Participação na reunião do PSF do município (Apêndice M)

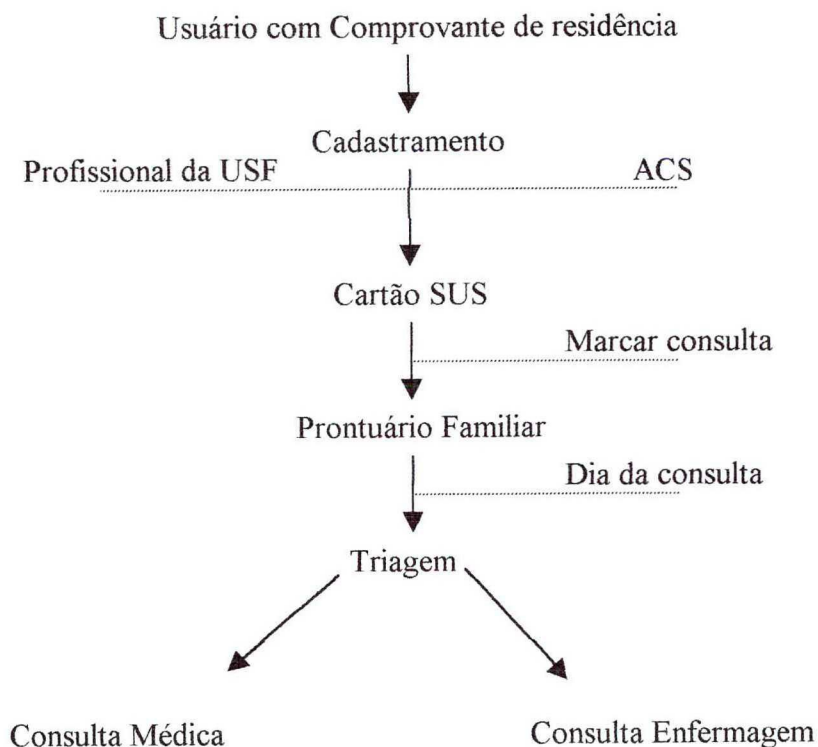
RESULTADOS:

O bairro Jardim Janaína está localizado no Município de Biguaçu e, contém uma Equipe de Saúde da Família composta por 1 Enfermeira, 1 médico generalista, 2 técnicas de enfermagem e 10 Agentes Comunitárias de Saúde que são responsáveis por 1315 famílias.

Os profissionais da Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína trabalham de forma interdisciplinar, principalmente nas visitas domiciliares. Cada profissional contribui significativamente para o desenvolvimento do processo de trabalho contrapondo-se ao modelo “fragmentado” de assistência à saúde. Porém, em nível de competência ética e profissional, cada membro procura exercer suas atividades dentro de suas responsabilidades. No que diz respeito ao atendimento à comunidade, o usuário dos serviços de saúde obedece o seguinte fluxo:

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

Com o comprovante de residência no Bairro Jardim Janaina, Biguaçu/SC, o usuário é cadastrado pela ACS no domicílio, ou pelo profissional da saúde quando procura a USF pela primeira vez. Preenchido o cartão do SUS, ao marcar a consulta, abre-se um prontuário familiar, que contém alguns dados básicos de identificação, como ACS responsável, número da família e microárea de localização. No dia da consulta o usuário passa pela triagem e em seguida pela consulta médica ou de enfermagem. Quando necessário, marca-se retorno, encaminha-se a outros níveis de complexidade, realiza-se procedimentos pertinentes e/ou fornece-se medicações prescritas.



Cabe ressaltar que todas as famílias são cadastradas, porém nem todas possuem prontuário familiar, pois somente alguns usuários usufruem os serviços de saúde da USF - Jardim Janaina.

DINÂMICA DA EQUIPE

O desenvolvimento do trabalho da Equipe de Saúde da Família Jardim Janaina está disposto da seguinte forma:

A USF do Bairro Jardim Janaina possui como horário de funcionamento: 8h - 12h e 12h e 30 min – 16h e 30 min.

Quadro de atividades da Unidade de Saúde da Família – Jardim Janaina

PERÍODO	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Atendimento na USF 1	Atendimento na USF 4	Atendimento na USF 5 , 1	Reunião com ACS 7	Reunião do PSF 10
Tarde	Visita Domiciliar 2	Atendimento na USF 1 , 4	Reunião 6+ Visita Domiciliar 3	Atendimento na USF 8 + grupo de idosos 9	Atendimento na USF 1 , 11

1 – A Enfermeira da USF realiza preventivos de câncer cérvico-uterino e de mamas, nas segundas e quartas, no período matutino. Nas terças e sextas, período vespertino, desenvolve consultas às gestantes e puericultura.

2 – A **Visita Domiciliar** das segundas feiras é realizada pelo médico, Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde, sendo feita, geralmente, para pacientes acamados, com dificuldade de locomoção a USF.

3 – A **Visita Domiciliar** das quartas feiras é realizada pela Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde, sendo destinada, preferencialmente, à realização de procedimentos ou técnicas de enfermagem. A VD é feita para pacientes acamados, com dificuldade de locomoção a USF.

4 – Médico realiza consultas de clínica geral, com preferência na terça-feira – período matutino e vespertino: DM e HAS;

5 – Médico realiza consultas de clínica geral, com preferência na quarta-feira – período matutino: Pediatria;

6 – A **reunião** de quarta é o momento em que se encontram os coordenadores do PSF no município de Biguaçu.

7 – Na **reunião com ACS**, encontram-se ACS, Enfermeira e médico da USF. Durante o mês, são destinados duas Quintas para reunião com ACS e outras duas para realização de **atividades educativas** na comunidade.

8 – Médico realiza consultas de clínica geral, com preferência na quinta-feira – período vespertino: Gestantes;

9 – **O Grupo de Idosos** é organizado pela paróquia da comunidade, sendo que a Enfermeira desenvolve algumas atividades de saúde.

10 – Na **reunião do PSF**, encontram-se técnicos (as) de enfermagem, enfermeiros (as), e médicos (as) das Equipes de Saúde da Família do município de Biguaçu.

11 – Médico realiza consultas de clínica geral, com preferência na sexta-feira – período vespertino: Pediatria.

Obs 1: Na **sexta - período matutino** a USF – JJ atende somente quando não há treinamento dos integrantes das ESF.

Obs 2: Todos os serviços na rede de Atenção Básica de Saúde, preconizados pelo PSF, e que não são realizados na USF – JJ, são encaminhados para a Unidade Mista de Saúde, que serve de referência para a Atenção Básica do município de Biguaçu. Casos suspeitos de TB, Hanseníase são notificados como suspeita e encaminhados à unidade mista.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Confrontando a realidade de trabalho da Equipe de Saúde da Família com suas atribuições no PSF preconizados pelo Ministério da Saúde (conforme revisão de literatura), percebeu-se que a Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína possui alguns limites e dificuldades que refletem as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais. A tentativa de estimular a participação social espelha esta complexa realidade.

Um dos princípios do PSF é que cabe aos integrantes da Equipe de Saúde da Família operacionalizá-la, trata-se da participação social, que é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participa do processo de formação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o Federal até o local (SC, 1999). A comunidade Jardim Janaína não possui Conselho Local de Saúde, porém a ESF já demonstrou empenho em fomentar este princípio mas não obteve êxito.

Desta forma, não havendo controle social, as ações são decididas unilateralmente, desfocalizando a real situação da população. Talvez, seja uma necessidade ou dificuldade de resgatar na comunidade, em cada usuário, o seu papel de cidadão, de fazê-lo entender a saúde

como um direito assegurado em constituição. Não se trata apenas em inserir mecanismos formais, mas no real poder da população de decidir questões públicas.

De acordo com o preconizado, uma Equipe de Saúde da Família deve acompanhar entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando limite máximo de 4.500 pessoas. Observamos que a ESF Jardim Janaína acompanha 1.315 famílias, porém a equipe é composta por duas (2) técnicas de enfermagem e dez (10) ACS, quando o recomendado pelo programa é no mínimo um auxiliar de enfermagem e quatro a seis (4 a 6) ACS, Em contrapartida tem apenas uma Enfermeira e um médico para atender toda a comunidade do bairro Jardim Janaína. Cabe ressaltar que a Enfermeira possui, neste caso, quatro (4) profissionais a mais do que o recomendado, sob sua responsabilidade.

Atribuições da Enfermeira

As atribuições da Enfermeira encontradas na realidade foram:

- ⇒ Cuidados diretos de enfermagem nas urgências;
- ⇒ Consultas;
- ⇒ Solicitação de exames;
- ⇒ Planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação da Unidade de Saúde da Família;
- ⇒ Assistência integral a criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.;
- ⇒ Ações assistenciais epidemiológicas e sanitárias;
- ⇒ Ações de saúde no domicílio
- ⇒ NOAS 2001
- ⇒ Organiza e coordena atividades educativas, concomitante com o médico, para grupos de patologias na comunidade e gestantes;
- ⇒ Supervisiona e coordena ACS e técnicas de enfermagem.

Confrontando a realidade de trabalho da Enfermeira com suas atribuições no PSF preconizadas pelo Ministério da Saúde (conforme revisão de literatura), constatou-se que a Enfermeira é uma pessoa indispensável para o funcionamento tanto da Unidade de Saúde quanto da Equipe de Saúde da Família, pois é ela que atua como gerente da Unidade de

Saúde, tendo também, muitas atribuições burocráticas, como o repasse mensal de dados para o SIAB, cadastramento de gestantes para o pré-natal, solicitação de medicamentos e materiais, entre outros. Toda esta burocracia com os registros resulta em um menor tempo para realizar consultas e supervisionar as ACS, deixando-a sobrecarregada.

Atribuições da Técnica de Enfermagem

As técnicas de enfermagem contribuem para o serviço desempenhando as seguintes funções:

- ⇒ Realizar técnicas e procedimentos de enfermagem;
- ⇒ Esterilizar materiais;
- ⇒ Notificar doenças compulsórias;
- ⇒ Realizar vigilância à saúde;
- ⇒ Fazer visitas domiciliares;
- ⇒ Participar de atividades educativas;
- ⇒ Acolher usuários;
- ⇒ Fornecer medicações prescritas;
- ⇒ Marcar consultas com o médico e a Enfermeira;
- ⇒ Orientar os usuários no cuidado à saúde;
- ⇒ Encaminhar consultas e coleta de materiais para exames;
- ⇒ Participar de reuniões das Equipes de Saúde da Família de Biguaçu.

Confrontando a realidade de trabalho das técnicas de enfermagem com suas atribuições no PSF preconizadas pelo Ministério da Saúde (conforme revisão de literatura), como um trabalho complementar e interdependente, as técnicas de enfermagem desempenham suas atividades na USF conforme suas atribuições e competências legais. Porém observamos que as técnicas de enfermagem desempenham suas funções majoritariamente no interior da USF JJ. Talvez isso ocorra pelo fato de as técnicas desempenharem funções na recepção como marcação de consultas, atendimento ao telefone, preenchimento de formulários e distribuição de medicações, dificultando ações junto à comunidade.

Atribuições do Médico

Na Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína o médico realiza:

- ⇒ aproximadamente vinte (20) consultas agendadas e reservando quatro (4) encaixes (situações de urgências) por dia, na unidade;
- ⇒ quando necessário são realizadas consultas em visitas domiciliares;
- ⇒ promoção de atividades educativas na comunidade (como escola, por exemplo);
- ⇒ coordenação do PSF em Biguaçu (com limitações decisórias e sem honorários/gratificações);
- ⇒ reuniões com as ACS esclarecendo suas dúvidas;
- ⇒ condução, concomitante com a Enfermeira, de grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos, entre outros
- ⇒ educação em saúde;
- ⇒ solicitação de exames;
- ⇒ notificações de agravos, entre outros

Confrontando a realidade de trabalho do médico com suas atribuições no PSF preconizadas pelo Ministério da Saúde (conforme revisão de literatura), levanta-se que a Unidade de Saúde oferece atendimentos de saúde essenciais à comunidade. Em casos de emergência oferece o suporte básico de vida e dependendo das condições encaminha-se para a unidade mista, onde há um pronto-atendimento de referência para o município ou ao Hospital Florianópolis. Porém, na maior parte do ocorrido, a procura imediata e mediata deve ser feita a um serviço equipado e especializado, como uma emergência hospitalar. Neste caso, o Hospital de referência para o município de Biguaçu é o Hospital Florianópolis.

No tocante ao atestado de óbito, o médico só o aplica em casos nos quais se conhece a história de saúde do usuário, ou seja, era um cliente da Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína. Caso contrário, é encaminhado para autópsia. Este assunto demanda responsabilidade, prudência e, principalmente implicações éticas.

Conforme constatado, o médico realiza a maioria de suas funções, não realizando algumas por falta de estrutura da Unidade de Saúde da Família, constatamos também que o médico possui uma grande responsabilidade com seu trabalho, cumpre sua carga horária,

participa voluntariamente da coordenação do PSF em Biguaçu e auxilia na capacitação permanente de sua própria Equipe de Saúde da Família.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem na realidade de seu trabalho:

- ⇒ Trabalham de voluntários como escriturários para a USF pois esta não possui. (pesando, medindo e marcando consulta)
- ⇒ Fazem visita domiciliar, sozinho, acompanhados da Enfermeira e da Enfermeira junto com o médico
- ⇒ Comparecem às reuniões de grupos de ACS com Enfermeira e médico
- ⇒ Assistem palestra do médico e da Enfermeira para atualização
- ⇒ Algumas ajudavam na limpeza da unidade de saúde, quando não havia faxineira
- ⇒ Identificam família pra receberem visitas domiciliares
- ⇒ Orientam a população quanto os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família Jardim Janaína
- ⇒ Cadastram as famílias e atualizam periodicamente estes registros

Confrontando a realidade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com suas atribuições no PSF preconizadas pelo Ministério da Saúde (conforme revisão de literatura), percebe-se que os Agentes Comunitários de Saúde exercem atividades além das preconizadas pelo programa de saúde da família, entretanto conseguem realizar suas atividades específicas em tempo hábil, atuando tanto na comunidade, como na Unidade de Saúde da Família.

8.1.3. Conhecer o trabalho do enfermeiro e desenvolver atividades de sua responsabilidade numa equipe de saúde de família.

Metodologia – Identificando os elementos constituintes do processo de trabalho da Enfermeira através de observação participante, com um instrumento semi-estruturado (Apêndice N), onde todos os “movimentos” foram registrados para posterior identificação da

finalidade de trabalho, objeto de trabalho, força de trabalho, instrumento e produto, com uma reflexão final do processo de trabalho como um todo.

- Aprofundando conhecimentos necessários para o desempenho de atividades no Programa Saúde da Família, através de revisão de literatura pertinente a enfermagem no PSF.

- Desenvolvendo habilidades, por meio de execução de atividades do enfermeiro oportunizadas durante o estágio, tanto assistenciais, educativas como administrativas, relacionados ao Programa.

RESULTADOS:

O Processo de Trabalho da Enfermeira no PSF, conforme constatado, opera em três diferentes formas: Cuidar, Gerenciar e Educar; determinados a partir do modo como o trabalhador apreende seu objeto, escolhe instrumentos e métodos de atuação adequadas às especificidades da dimensão a ser trabalhada.

Sendo assim, detalharemos a seguir os três diferentes processos de trabalho da Enfermeira no PSF, de acordo com as observações realizadas.

A. PROCESSO DE TRABALHO CUIDAR

Aqui, a atuação da Enfermeira no PSF tem como **finalidade** atender as necessidades relacionadas à manutenção da saúde do indivíduo/família/comunidade. Portanto, para esta ação, a Enfermeira realiza, entre outras atividades, consultas à gestantes e idosos, consultas puerperais e puericultura, consulta à diabéticos e hipertensos, vigilância à saúde, controle de doenças crônico-degenerativas em grupos da comunidade (como idosos por exemplo), visitas domiciliares, atendimento de urgência e emergência, com posterior encaminhamento.

Como **objeto de trabalho**, a Enfermeira do PSF apreende o indivíduo/família/comunidade, utilizando-se para prestação destes cuidados diversos **instrumentos de trabalho**: conhecimentos científicos pertinentes à atividade realizada; metodologias e técnicas de enfermagem; instrumentais médico-cirúrgicos (esfigmomanômetro, estetoscópio, ataduras, termômetro, seringas, agulhas, pinças e gazes, entre outros); o ambiente destinado à prestação dos cuidados (podendo ser a USF, o domicílio, uma escola, ou “galpão de igreja”); material de escritório e formulários burocráticos; além de instrumentais básicos próprios da força de

trabalho sendo capacidades e habilidades do trabalhador (comunicação, observação, interação, acolhimento, apoio e compreensão, entre outros).

A Enfermeira, enquanto **força de trabalho**, tem como **produto** a própria prestação da assistência, seja ao indivíduo, família ou comunidade.

B. PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAR

Neste Processo de Trabalho, a Enfermeira da USF tem como **finalidade** geral a organização do próprio trabalho e do espaço, proporcionando condições para realização do cuidado e ações educativas. A **finalidade** específica caracteriza-se pela distribuição e controle do trabalho das ACS e técnicas de enfermagem além da coordenação geral da USF.

O **objeto de trabalho** é a organização em si, numa relação direta com outros trabalhadores, as ACS e as técnicas de enfermagem, bem como a educação continuada. Como **instrumentos**: conhecimentos estratégicos; materiais e recursos didáticos utilizados para orientações gerais das técnicas de enfermagem e ACS; a unidade ou outro espaço assistencial; além de instrumentais básicos próprios da força de trabalho sendo capacidades e habilidades do trabalhador (comunicação, observação).

A Enfermeira, enquanto **força de trabalho**, gera, dentro deste processo, os seguintes produtos: trabalho e espaço organizado para atuação própria e de toda a ESF para maior qualidade da assistência.

C. PROCESSO DE TRABALHO EDUCAR

Este é um Processo de Trabalho com a **finalidade** de transformar a maneira de compreender e atuar na realidade (“consciências”), seja individual ou coletiva, possibilitando condições para que as pessoas tomem suas próprias decisões com autonomia e responsabilidade. Assim, no Processo de Trabalho Educar, a Enfermeira tem como **objeto de trabalho** crenças, hábitos, valores, pensamentos, conhecimentos, “a consciência” do indivíduo/família/comunidade, além das técnicas de enfermagem e ACS. Para isso utiliza como **instrumentos de trabalho** intelectuais (conhecimento científico), recursos materiais e ambientais (escola, domicílio, consultório, sala de espera da USF e “galpão da igreja”), além de instrumentais básicos próprios da força de trabalho sendo capacidades e habilidades do

trabalhador (comunicação, observação, interação, acolhimento, apoio e compreensão, entre outros)..

A Enfermeira, enquanto **força de trabalho**, gera como **produto** novas formas de apreensão e ação sobre a realidade e a “consciência” transformada e autonomizada com liberdade e responsabilidade.

REFLEXÃO

No PSF, a Enfermeira tem como principal objeto de trabalho o indivíduo inserido no contexto de sua família ou comunidade. Possui uma visão mais ampla da realidade, indo além dos muros da Unidade de Saúde da Família, atuando na “raiz” do problema de saúde da comunidade no seu real contexto sócio-econômico e cultural, tendo como finalidade maior a promoção da saúde através da educação, de consultas, de visitas domiciliares, entre outros.

Frente ao que as pessoas ainda pensam sobre saúde, num modelo biomédico curativista, a Enfermeira encontra algumas dificuldades, como sensibilizar ou conseguir conscientizar as famílias para o autocuidado, principalmente através da prevenção e reabilitação.

Resumidamente a Enfermeira precisa estar envolvida tanto com a coordenação da Unidade de Saúde da Família quanto com a comunidade, para isso precisa organizar suas atividades durante a semana, visando atuar tanto na USF quanto na comunidade. Mesmo assim, algumas vezes os serviços junto à comunidade ficam prejudicados, pois algumas residências ficam muito longe da comunidade necessitando de meios de transporte para realização das visitas.

No desenvolvimento do nosso estágio, a supervisão e a educação continuada dos ACS, as reuniões com outras equipes de PSF, as discussões entre o próprio grupo de profissionais da USF Jardim Janaína, as ações de educação à saúde e as visitas domiciliares foram às atividades da Enfermeira que nós executamos. As consultas ficaram de certa forma prejudicadas pois infelizmente os usuários agendados nem sempre compareciam à unidade e/ou coincidia, na maioria das vezes, com a realização das oficinas com as ACS. Essas oficinas por sua vez eram parte de nosso objetivo principal e tinha uma data programada para que conseguíssemos desenvolvê-las dentro do nosso programa.

Assim executamos as seguintes atividades:

- ⇒ Mapeamento da área Jardim Janaína com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde.
- ⇒ Diagnóstico, resumido, de Saúde da Comunidade Jardim Janaína (Apêndice O)
- ⇒ Preventivos de câncer cérvico-uterino e de mama.
- ⇒ Consultas de puericultura
- ⇒ Criação de uma urna de ouvidoria para sala de espera
- ⇒ Curativos
- ⇒ Verificação de pressão arterial
- ⇒ Verificação de glicemia
- ⇒ Imunizações, incluindo busca ativa (Apêndice L)
- ⇒ Acompanhamento dos registros mensais da Enfermeira
- ⇒ Participação em grupos de gestantes*, diabéticos, hipertensos e idosos (Apêndice K) - * o grupo de gestantes não ocorreu pois estas não compareceram.
- ⇒ Participação na reunião do conselho municipal de saúde do município de Biguaçu (Apêndice P)
- ⇒ Participação em reuniões com as ACS
- ⇒ Participação em reuniões com outras equipes do PSF (Apêndice M)
- ⇒ Visitas domiciliares (Apêndice J)
- ⇒ Participação em curso de atualização (Apêndice B)
- ⇒ Ação de educação em saúde com usuários que procuram a USF (Apêndice Q).

8.1.4. Conhecer e acompanhar o processo de trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde.

Metodologia

Acompanhando o processo de trabalho desenvolvido pelas Agentes Comunitárias de Saúde, durante a realização de suas atividades, identificando os elementos constituintes por

meio de observação participante, com um instrumento semi-estruturado (Apêndice R), onde todos os “movimentos” são registrados para posterior identificação da finalidade de trabalho, objeto de trabalho, força de trabalho, instrumento e produto, com uma reflexão final do processo de trabalho como um todo.

RESULTADOS:

Realizou-se o acompanhamento do processo de trabalho desenvolvido pelas Agentes Comunitárias de Saúde, durante a realização de suas atividades, onde identificou-se os elementos constituintes de seu Processo de Trabalho:

Finalidade: o objetivo principal do trabalho do ACS² é realizar o conhecimento das características da comunidade na questão saúde e levantar informações para a Equipe de Saúde da Família “alimentando o sistema” e auxiliando na integração Unidade de Saúde – Comunidade e facilitando assim a assistência a esta população.

Objeto de Trabalho: o objeto de trabalho principal do ACS é a comunidade/ família/ usuários em seu ambiente e com as suas características mais pertinentes no que diz respeito a saúde. Os ACS também aplicam seu trabalho em cadastros do Ministério da Saúde (Cartão do SUS, Hiperdia, Vacinas...). Eles desenvolvem um trabalho muito sério, onde é exigido muita cautela, atenção e principalmente registro de tudo o que é realizado com a população da sua microárea. Este trabalho burocrático garante o acompanhamento das condições de saúde das pessoas da comunidade, entretanto quando as informações são enviadas pelos ACS, mas não retornam aos mesmos, alguns dados já solicitados aos usuários (como documentos de identificação) são novamente requeridos pelo Ministério da Saúde, diminuindo de certa forma o tempo para o desenvolvimento de novas ações de saúde pelos ACS.

Instrumento de Trabalho: os ACS utilizam em seu trabalho a observação, comunicação e empatia, no sentido “material” usaram canetas, corretivo, pasta, mochila, clips, prontuário, cadastro, uniforme, carro da Secretaria de Saúde nas visitas domiciliares, além do ambiente onde são executadas todas as atividades. No que podemos observar as ACS estão sempre organizadas com seus materiais, pois não havendo isto, o produto do Processo de Trabalho ficaria mais trabalhoso.

² Quando nos referimos às ACS (sexo feminino), estamos nos referindo ao nosso objeto de estudo. Quando nos referimos aos ACS (sexo masculino) estamos nos referindo aos agentes comunitários em geral.

Força de Trabalho: o trabalhador responsável por esta força de trabalho é o ACS, que deve ter boas condições de saúde, com disponibilidade para caminhar por sua microárea e também possuir um interesse pela área de saúde; era exigido de sua formação apenas o alfabetismo, mas conforme exigência do Ministério da Saúde, a partir de 2002, ele deve ter o ensino fundamental completo, além de outros pré – requisitos que já foram citados na revisão de literatura.

Produto do Trabalho: no PSF, através dos ACS temos como produto o Diagnóstico de Saúde da comunidade; as informações repassadas tanto para a Unidade de Saúde da Família, quanto para a comunidade; as visitas domiciliares realizadas e o preenchimento de cadastro preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Indubitavelmente os ACS assumem um papel de elevada importância dentro da Equipe de Saúde da Família, pois ele é a base do PSF, sendo o seu processo de trabalho uma das principais maneiras de caracterizar sua comunidade e oferecer uma assistência com qualidade e com perspectiva de continuidade através da Equipe de Saúde da Família.

8.1.5. *Apreender as necessidades dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao seu processo de trabalho, utilizando o referencial teórico do Processo de Trabalho de Capella e Leopardi, 1998.*

Metodologia – Analisando o instrumento semi-estruturado sobre processo de trabalho aplicado às ACS, e observação participante, entrevista semi-estruturada informal e dinâmica de grupo realizadas durante as práticas assistenciais educativas.

RESULTADOS:

Este objetivo foi contemplado e relatado no objetivo geral.

8.1.6. *Avaliar o desenvolvimento e resultados das atividades educativas.*

Metodologia – Através da manifestação dos participantes, quanto ao seu interesse, integração, avaliação e críticas; Criação de urnas para sugestões e críticas (ouvidoria).

– Observando a realidade de trabalho das ACS pós-prática assistencial educativa e sua preparação teórico-prática para desenvolver seu processo de trabalho a partir da leitura da realidade e ações propostas.

Execução – manifestação dos participantes, sugestões, críticas e elogios colocados na ouvidoria e leitura da realidade de trabalho.

RESULTADOS:

Na primeira oficina as ACS demonstraram enorme interesse pelas atividades propostas, participando ativamente das dinâmicas, questionando, tirando dúvidas, contribuindo com idéias e opiniões, criando espaços democráticos para discussões e favorecendo a progressão da oficina, com assiduidade, ausência de intervalos para descanso, dedicação nos debates, entre outros.

Na segunda oficina, as ACS demonstraram desinteresse pelas atividades propostas, havendo pouca participação, com grande passividade durante as discussões. Teve-se uma grande dificuldade em problematizar as situações, pois as ACS adotavam, muitas vezes, o silêncio, impedindo a priorização e teorização dos problemas. A primeira impressão do grupo de acadêmicos foi que as ACS não queriam pensar e refletir sobre as questões que tinham levantado. Porém, o fato era mais complexo, situado em desconhecimento do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, principalmente dos objetivos propostos, ou ainda, de que forma o TCC contribuiria para a USF Jardim Janaína e, mesmo para seu trabalho. Quando foram levantadas as dificuldades e necessidades das ACS em relação a realidade de trabalho, pensou-se que o grupo de acadêmicos estavam exercendo um papel fiscalizador, afastando-se as relações simpáticas e empáticas entre o grupo de acadêmicos e as ACS. Com a criação da urna para sugestões e críticas (ouvidoria), as ACS depositaram algumas reflexões sobre as atividades educativas realizadas, principalmente referente à segunda oficina:

“Quando vocês abordaram o assunto, que está em pauta tem que deixar claro para algumas pessoas que assunto particular, é outra coisa” (não quis se identificar)

Aliado ao exposto anteriormente, percebeu-se que havia um conflito interno no grupo das ACS, na qual criava-se, com conseqüências, discordâncias e separação entre elas, em especial por afinidades.

Cabe ressaltar que entre as ACS, em torno de 50% possui menos tempo de trabalho como agente do que as demais, fazendo com que as dificuldades ou necessidades encontradas na realidade de trabalho apareçam nas mais variadas formas. Isto também gerou conflito, principalmente de concepção, durante esta oficina.

Na terceira oficina retornou o interesse pelas atividades educativas, porém com maior vigor e empenho das ACS. Após refeitos esclarecimentos sobre o TCC, principalmente objetivos e contribuições para a USFJJ e seu trabalho, as ACS teorizaram e propuseram hipóteses de soluções para todos os problemas, decorrendo em envolvimento ativo e geral das ACS nas discussões. Na caixa da ouvidoria encontrou-se as seguintes reflexões:

“Eu gostei muito as coisas ficaram mais claras pra todos. Eu gostaria de ter mais dinâmica. Acho super proveitoso. E fazer algumas agentes falar mais. Por que quieta de mais as vezes não entendem nada” (não quis se identificar)

Com isso, o grupo de acadêmicos providenciou um maior número de dinâmicas para representar a realidade de trabalho das ACS e situações que resgatassem o espírito de equipe e solidariedade.

No grupo de ajuda-mútua, uma hipótese de solução para o problema “Frustração em relação aos seus limites”, priorizado em segundo lugar pelas ACS, notou-se uma grande vontade de cada agente contribuir com suas experiência/vivências, dificuldades e necessidades encontradas no trabalho. Nesta situação, uma agente expôs uma dificuldade encontrada na realidade de trabalho e, prontamente as demais se empenharam em discutir e propor soluções possíveis. Percebendo-se uma forte união entre as ACS. Deste encontro surgiram as seguintes reflexões:

“Eu acho que a oficina tem sido muito bom [...] nos deixa mais abertas a qualquer assunto.” (não quis se identificar)

No treinamento introdutório para as ACS, uma hipótese de solução que está vinculada aos problemas 2 e 4 (“Frustração em relação aos seus limites” e “Dificuldade em reconhecer suas atribuições e repassa-las a comunidade, definindo a ESF e o funcionamento da USF”), percebeu-se um enorme envolvimento das participantes, principalmente durante as encenações teatrais. Os palestrantes sempre dialogavam com os presentes e a resposta era imediata na qual várias dúvidas e discussões eram apresentadas, além das contribuições de conhecimentos sobre os temas expostos.

Ao final do treinamento introdutório, fez-se uma avaliação das atividades na tentativa de resgatar os temas sugestões e críticas abordadas e as dinâmicas utilizadas. Algumas avaliações:

“Eu aprendi um pouco mais como comunicar com as pessoas, pois às vezes eu fugia um pouco da realidade que estava acontecendo comigo. E muitas vezes o que eu falava não era o que as pessoas estavam dispostas a ouvir. [...] adorei também o teatro pois estava faltando algo para que eu fosse um pouco mais humana [...]” – Orquídea

“Eu acho que foi muito importante, deu pra aprender bastante coisas novas, sobre o nosso próprio trabalho, porque assim, podemos passar para as pessoas uma melhor forma, o que significa nosso trabalho, e também, ajudou a saber melhor, como ajudar, e como lidar com as diversas situações que podem ocorrer no dia-a-dia, do nosso trabalho, enfim.” (não se identificou)

“Relembrei muitos assuntos já debatidos, mas valeu a pena. É muito bom poder tirar dúvidas e dar opinião, quando estamos juntos vimos que as dificuldades são iguais para todos.” (Jasmim)

“Acho que esse treinamento foi muito importante para lembrarmos de muitos assuntos que fugiram ao nosso dia-a-dia, e também foi uma forma de dividirmos as dificuldades que enfrentamos no nosso dia-a-dia com as visitas. Também podemos dividir um pouco de cada trabalho como agente e colocar idéias para que o nosso trabalho fique mais prazeroso.” (Rosa Amarela)

“Eu achei muito importante, porque o que eu não sabia, fiquei sabendo, e relembrei o que já sabia, nesses treinamentos é muito gratificante, até em saber lidar, com situações que talvez sozinha, não soubesse como agir. É muito interessante e proveitoso, gostei muito. A gente sempre tem que estar aprendendo coisas novas, e revisando o que já aprendemos.” – (não identificado)

“Tudo o que neste momento tenho a dizer sobre estes dias que passamos juntos é que cada um de nós aprendeu alguma coisa, que de uma forma ou de outra estará beneficiando em nosso dia-a-dia, seja no crescimento pessoal ou profissional, tanto para nós agentes e para vocês estudantes que breve estarão sentindo ainda mais de perto, tudo o que na teoria passaram para nós.” (Hortênsia)

“Esse treinamento foi muito bom, pois tinha muitas pessoas que não tiveram quando entraram como ACS. E para nós que estamos a mais tempo serviu para reforçar mais ainda o nosso trabalho, que eu acho que é muito importante.”(não identificado)

Devido a limitação imposta pelo tempo de estágio teórico-prático, conseguiu-se observar somente três ACS durante as visitas domiciliares, pós-práticas educativas. Percebeu-se que as ACS encontravam-se melhor instrumentalizadas para o desenvolvimento de seu processo de trabalho. Faziam orientações condizentes e consistentes com a realidade de trabalho, sobre suas atribuições, sobre o funcionamento da unidade, na abordagem a família, entre outros esclarecimentos aos usuários, e também aos demais membros da equipe, principalmente quando ressaltavam alguns aspectos psicossociais e biológicos relevantes da família visitada ou assistida.

Muitas situações instigavam e faziam as ACS resgatar momentos abordados durante as atividades educativas, aliando a questão teórica com a prática vivenciada.

8.1.7. Refletir sobre questões éticas relacionadas ao trabalho da enfermagem no PSF, manifestando atitudes coerentes com o código de deontologia da enfermagem.

Metodologia – Reforçando os conhecimentos sobre questões éticas através da relação entre as experiências práticas, conhecimentos adquiridos e conceitos e referências da bioética, como por exemplo, equidade, autonomia, humanização, entre outros que se destacarem no decorrer do desenvolvimento do projeto.

– Promovendo discussões entre os acadêmicos e entre acadêmicos e trabalhadores, acerca das situações encontradas no local de trabalho, relacionadas à reflexão bioética e a aplicação do código de Deontologia da enfermagem na prática.

RESULTADOS:

A expressão aberta de um conflito é uma questão ética, quando permite a discussão civilizada do problema, facilitando a expressão de idéias e sentimentos de ambos os lados. Pode-se evitar desta forma as fofocas e julgamentos impróprios, possibilitando a visualização do fato sobre os diversos ângulos. Além disso:

A expressão aberta do conflito ainda é vantajosa, quando permite um esclarecimento e aprendizagem. Em geral as pessoas não param para examinar suas premissas e posições e nem a das outras. Se isto é alcançado, ocorre aprendizagem sobre a natureza do conflito, as possibilidades de resolução e também sobre seus custos pessoais e grupais. Uma vez esclarecido e resolvido o conflito, pode-se refletir sobre seus custos financeiros, desperdício de energia e tempo, e custos psicológicos de tensões, insatisfações, hostilidade, constrangimento e ansiedade. (MOSCOVICI, 1997, p.150)

Durante nosso estágio em três momentos foi necessário a abertura para o conflito.

Numa primeira situação, ao discutirmos com o médico e a Enfermeira o andamento de nosso Trabalho de Conclusão de Curso, descobrimos (segundo informações recebidas pelo médico e por ele repassadas ao nosso grupo) que havia comentários de boatos desagradáveis e, que os acadêmicos (nós) havíamos feito estes comentários sobre a ESF JJ. Ficamos surpresos, pois não fizemos nenhum comentário neste sentido, houve fofoca. O fato só pode ser esclarecido quando o médico, a Enfermeira e os acadêmicos abriram-se para discutir de forma sincera este conflito.

Na segunda situação, notamos que durante as oficinas, principalmente a de priorização e teorização das dificuldades encontradas (segunda oficina), percebemos a divergência nas idéias de algumas ACS, seja por problemas pessoais entre elas, ou até mesmo por simples discordância no modo de pensar e analisar seu processo de trabalho. Acreditamos ser bastante produtiva a discussão que surgem de reflexões das ACS sobre o cotidiano e a organização do seu processo de trabalho. Sabemos, de certa forma, que a oposição de idéias pode gerar conflitos e estes por sua vez precisam ser administrados, através de dinâmicas de complementariedade, onde devam ser encontrados e/ou construídos pontos de convergência, objetivos e interesses em comum para que mesmo neste contexto complexo haja evolução e amadurecimento das relações grupais.

Após esta segunda oficina, as ACS solicitaram uma reunião fechada com o médico e a Enfermeira antes da reunião acontecer, devido ao estresse gerado, na segunda oficina, tanto para os acadêmicos como para as ACS, percebemos que nosso TCC talvez não estivesse sendo bem aceito por elas.

Na terceira situação, resolvemos então conversar com o médico e a Enfermeira para que com a ajuda deles pudessemos entender este fato. Após a discussão, percebemos onde poderíamos mudar para melhorar nossa relação com as ACS. Enquanto a Enfermeira e o médico conversaram na reunião com as ACS sobre a importância de nosso TCC. Assim,

então, houve melhora do nosso relacionamento com as ACS e com a Equipe de Saúde da Família Jardim Janaina e, o nosso TCC pôde desenvolver-se de maneira satisfatória para todos.

Segundo Moscovici (1997, p.146), os conflitos quase sempre são desgastantes e por isso muitas vezes evitados, podem ter funções positivas como:

- ⇒ Prevenir a estagnação decorrente da concordância permanente;
- ⇒ Estimular o interesse e a curiosidade pelo desafio da oposição;
- ⇒ Levantar problemas e demandar soluções;
- ⇒ Funcionar como raiz de mudanças pessoais, grupais e sociais.

Ao longo de nossa experiência pudemos reforçar os conhecimentos sobre questões éticas através da relação entre as experiências práticas, conhecimentos adquiridos e conceitos e referências da bioética, percebemos a equidade no atendimento, algo muito almejado pela ESF. Entretanto, este princípio nem sempre é alcançado, principalmente no que se refere à garantia de acesso aos serviços de saúde e igualdade de condições. No decorrer do nosso trabalho, presenciamos algumas vezes o esforço da ESF em conseguir exames e consultas com especialistas para as pessoas da comunidade que urgentemente precisavam desta assistência, mas nem sempre eram atendidas no momento adequado.

O poder de escolha, seja das pessoas da comunidade ou até mesmo de alguns profissionais, sempre foi respeitado, e quando poderia trazer algum prejuízo ao desenvolvimento de nossas atividades, a situação era discutida até chegarmos num consenso. Para melhor compreensão da prática deste princípio em nosso estágio, exemplificamos aqui dois momentos em que a autonomia das pessoas prevaleceu ao nosso desejo de participação. Ex. 1 – uma pessoa da comunidade, ao ser questionada da possibilidade de um aluno realizar seu preventivo, não aceitou. Os acadêmicos, a Enfermeira e a usuária discutiram a possibilidade, então, de uma das alunas realizar o exame, o que a fez mudar de idéia. O acadêmico realizou o próximo exame, sem problemas de aceitação. Ex.2 – em uma das reuniões do ACS, com o médico e a Enfermeira da USF, aqueles decidiram que não queriam os acadêmicos no encontro. Respeitamos a decisão e mais tarde discutimos o fato com a equipe, e sem conflitos participamos de todas as outras reuniões.

O respeito ao ser humano enquanto pessoa, e não apenas como um “doente”, foi presenciada em todo o estágio. A ESF, principalmente ACS, Enfermeira e médico,

procuravam estabelecer relações com a comunidade que ultrapassava a visão biomédica do ser humano. As pessoas eram acompanhadas no seu contexto familiar e comunitário, mas também eram tratadas como um ser único, com seus sentimentos, crenças e valores individuais.

8.1.8. Atividade realizada não programada

Objetivo – participar de evento que nos possibilite um maior conhecimento sobre saúde pública.

Resultados – Nossos colegas da oitava fase do curso de graduação em enfermagem da UFSC, conhecendo a proposta do nosso projeto assistencial, convidaram-nos para participar de uma Feira de Saúde. O evento foi realizado na Associação de Moradores do Bairro Bela Vista, Município de São José, no dia 30/11/2002 no horário das 9 às 17 h.

Conforme constatado em nosso estágio na USF Jardim Janaína, município de Biguaçu, a população não apresenta informações esclarecidas sobre o SUS, PSF e ACS. Com base nestes dados, elaboramos um questionário com sete perguntas (Apêndice S) pertinentes às questões citadas. Esta entrevista seria aplicada na Feira de Saúde para avaliarmos as percepções de outra comunidade sobre este assunto. Após o questionário com as pessoas apresentávamos quatro cartazes que explicavam as perguntas realizadas, além disso confeccionamos um folder com os mesmos temas “SUS, PSF, ACS e Funcionamento de uma USF”, que entregávamos para eles levar informações para sua família e comunidade.

Perfil dos entrevistados:

Foram entrevistados 12 pessoas que aleatoriamente aceitaram participar da pesquisa. Pelo perfil idade, observamos uma predominância de pessoas entre 30 e 40 anos e com mais de 60 anos. Ficando os demais participantes na faixa de 40-50 anos e menores de 20 anos.

Quanto a profissão observamos que a ocupação mais citada foi: aposentado. Outros eram pessoas Do lar, ACS e acadêmicos de nutrição.

Quanto às perguntas:

1. O que é SUS?

Constatamos que a maioria das pessoas sabe o que é sigla SUS (Sistema Único de Saúde) (58,3%), outras referem que é alguma coisa de saúde ligada ao governo (33,3%), os demais (8,4%) não sabem ou não conseguiram responder.

Sendo assim, podemos supor que o serviço de saúde nacional não abrange a totalidade da população, no que diz respeito a informação ou divulgação de seus princípios e diretrizes. Este fato pode comprometer a implantação de um modelo assistencial que vise a integralidade, equidade, participação, universalidade, etc.

2. O que é PSF?

A maioria dos entrevistados (66,6%) relaciona PSF com assistência de saúde da família, falam do posto de saúde, dos diferentes profissionais nesta área, no atendimento a todas as idades e dos indicadores preconizados pelo Ministério. Algumas (8,4%) acham que PSF serve para fazer visita domiciliar. Os demais (25%) não sabem e nunca ouviram falar sobre o assunto.

Percebe-se que o PSF não consegue abranger toda população, visualizando-se um contexto carente de serviços ou informações sobre esses serviços prestados, permeando uma concepção insuficiente do “novo” modelo proposto.

3. Já foi visitada por uma Equipe de Saúde da Família?

Constatamos que apenas 33,4% receberam visita domiciliar e dessas todas foram visitadas somente pelos ACS. As pessoas restantes (66,6%) disseram que nunca receberam visita domiciliar e acham que em seus respectivos bairros não há, pois nunca viram.

Afirmando os dados anteriores, observa-se que o PSF não atinge toda a população, e mesmo os que são atendidos recebem uma assistência “assimétrica”, desconfigurando a compreensão da realidade concebida pelos demais profissionais e comprometendo a prestação de um serviço eficaz. É importante ressaltar o desconhecimento que as pessoas têm tanto em relação ao PSF quanto à ESF.

4. O que é ACS? Você conhece o da sua área?

Constatamos que 66,6 % consideram o ACS como alguém que vai nas casas, levando e trazendo informações. O restante (33,4%) não sabem.

A maioria (75%) não conhece o ACS da sua área e somente 25% conhecem.

Os ACS são aqueles diretamente ligados a comunidade, entretanto percebemos que sua figura ainda está oculta, mesmo havendo uma disseminação por meios de comunicação em massa.

5. Você conhece a função do ACS?

Aproximadamente 58% dos entrevistados citaram algumas funções dos ACS. Os demais 42% não conhecem.

6. Como funciona uma USF?

Contatamos que 41,6% não conhecem como funciona uma Unidade de Saúde da Família. Outros 33,4% associam à distribuição de medicamentos e consultas. Apenas 16,6% acham que lá trabalham médico, enfermeiro e dentista. Somente 8,4 % pensam que é para grupos de diabéticos.

Poucos são os que sabem do real funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família, seja por pouca ou nenhuma vinculação do usuário aos serviços de saúde ou falta de atuação do profissional junto à comunidade.

7. O que você acha do PSF?

Contatamos que 33,4% não responderam, 33,3% acham bom e 33,3% disseram que precisa melhorar.

Não sabendo o real significado do PSF a população na maioria das vezes não possui fundamentação teórica para manifestar-se, ou mesmo recebendo a assistência na Unidade de Saúde da Família não consegue visualizar o “novo” modelo estabelecido.

Decidimos participar desta Feira de Saúde, utilizando a entrevista para observarmos o quanto esta comunidade sabia sobre as novas políticas de saúde do governo federal.

Constatamos que há um conhecimento sobre os programas de saúde do governo, mas não plenamente. As pessoas que mais sabem sobre este assunto estão ligadas a área da saúde da família. Frente a esta situação de desconhecimento do PSF, estamos trabalhando para uma maior divulgação e compreensão destes serviços pela comunidade.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade com os pressupostos do grupo e responsabilidade com os objetivos, tivemos a preocupação de refletir sobre nossas atividades teórico-práticas, como forma de elaborarmos algumas considerações relevantes para a enfermagem, principalmente em saúde pública.

Concluindo o curso de graduação em Enfermagem com a disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, cuja finalidade foi desenvolver um projeto assistencial teórico-prático, escolhemos ampliar nossos conhecimentos e habilidades na área de enfermagem em saúde pública, especificamente vivenciando o processo de trabalho da Enfermeira e do ACS no contexto do PSF.

Encontramos uma enfermagem que possui grande responsabilidade para desenvolver com qualidade a proposta do PSF, pois se caracteriza por atuar conjuntamente com os 03 diferentes processos de trabalho: o “cuidar” centrado na assistência integral ao indivíduo, família e/ou comunidade; o “administrar” dedicado ao planejamento, organização, direcionamento e avaliação de todas as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde; e o “educar” destinado à capacitação e educação continuada dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como das ACS, além das ações educativas voltadas a grupos e comunidade, em integração com as ações de cuidado. A união dessas 03 esferas visa a melhoria da qualidade do trabalho da Equipe de Saúde da Família envolvida e, conseqüentemente oferece maior e melhor assistência à população destinada.

As ACS mostraram-nos seu importante papel dentro do contexto do PSF; pois é somente através do seu processo de trabalho que se consegue unir dois universos culturais tão distintos: o saber científico, representado pela Equipe de Saúde da Família; e o saber popular, resgatado da comunidade da respectiva área de abrangência. E certamente podemos observar que é através deste processo de trabalho que conseguimos realizar o diagnóstico de saúde da comunidade e planejar uma assistência com ações de rapidez, qualidade e continuidade da proposta do PSF.

Percebemos nas ACS, da USF Jardim Janaína, trabalhadoras responsáveis, competentes e comprometidas com seu processo de trabalho, e que, além das necessidades encontradas para o desenvolver do seu trabalho, mostrou seu interesse em adquirir conhecimentos científicos de saúde que permeiam esta área para uma execução com maior sabedoria das suas atividades.

Executando o processo de ensino/aprendizagem com as ACS, através da Metodologia Problematicadora, observamos o seu desenvolvimento intelectual através: da dialogicidade que ocorria nas oficinas; da percepção rápida aos problemas com soluções ágeis e viáveis; das habilidades em observar, analisar, discutir, avaliar e compreender determinadas situações e da integração entre diferentes membros do grupo. Estas manifestações nos levaram a acreditar que o grupo de ACS absorveu o sentido da Metodologia proposta, resultando num educando com perfil ativo, democrático, crítico e com visão da realidade. Esse processo de educação continuada, através de reflexão coletiva, procurando vislumbrar a construção criativa de outras possibilidades para o trabalho de enfermagem, leva a uma reorientação de valores, significados e atitudes dos trabalhadores envolvidos, o que resulta na qualidade ao trabalho prestado.

Sendo assim, este estudo sobre o processo de trabalho da Enfermeira e da ACS no PSF proporcionou um maior conhecimento sobre áreas pouco exploradas, como: o trabalho do ACS; a administração em enfermagem em saúde pública e a utilização da Metodologia Problematicadora na área da saúde. Com o desenvolver deste trabalho resgatamos um olhar crítico sob diversas áreas da enfermagem, e consideramos que para se obter uma assistência com responsabilidade, qualidade e respeito é necessário que todos os envolvidos, tanto a Equipe de Saúde da Família, quanto a comunidade, caminhem para uma direção em comum.

Mesmo reconhecendo que a incorporação do grande contingente de ACS nos serviços pode indicar uma contradição em termos da luta, principalmente da enfermagem brasileira, pela maior profissionalização e capacitação dos profissionais da categoria e de resistência a propostas de “programas de saúde para pobres”, sabemos que o enfermeiro possui papel decisivo nas ações de saúde coletiva e que a ele cabe coordenar o trabalho do ACS.

Sabendo que a população muitas vezes exige do ACS atribuições que este não pode desempenhar (ex. verificar pressão arterial, administrar medicação conforme prescrição médica e curativos, entre outros), faz com que este trabalhador nem sempre atinja as expectativas da comunidade, podendo causar descréditos dos seus serviços junto a população (quando a mesma não aceita, nem compreende adequadamente as funções dos ACS),

conseqüentemente, o fato pode trazer frustrações para este trabalhador. Esta situação, em nosso ponto de vista, poderia ser amenizada se o ACS tivesse, além dos requisitos já exigidos pelo Ministério da Saúde, ao menos curso de auxiliar de enfermagem e fosse permitido a ele executar atribuições desta categoria da enfermagem. Esta capacitação facilitaria o seu trabalho, apesar de que também acreditamos que há ACS mais comprometidos com as questões de saúde que muitos auxiliares de enfermagem, mas sem aptidões para desempenhar funções específicas da enfermagem.

Entretanto, é ilegal o ACS desempenhar funções de auxiliares de enfermagem (mesmo tendo o curso), atualmente, sendo considerado desvio de função. Portanto a enfermagem deve manter o compromisso com estas mudanças ainda não alcançadas.

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J. E. D. Alguns Fatores Pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor**. Reimpr. da 1.ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde: DATA SUS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 22/10/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde: Informações Profissionais. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/saude/aplicacoes>> Acesso em: 22/10/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 250p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 119p.

CAPELLA, B. B. LEOPARDI, M. T. Teoria Sócio-humanista. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998.

CASTELLANOS, B e cols. Os desafios da enfermagem para os anos 90. **Anais**, 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2 – 7 set. 1989. Florianópolis: ABEn, ABEn – Seção de Santa Catarina, 1989

COELHO, E.B.S.; WESTRUPP, M.H.B.; VERDI, M.; SOUZA, M.de.L.de. As políticas de saúde no Brasil: alguns recortes. In: HERR, L.; SOUSA, M.de.L.de.; REIBNITZ, K.S. **Fundamentando o exercício profissional do técnico em enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2001, p. 15-32.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

FARIAS, F.T.P; PADILHA, M.I.C. de S. Educação em Saúde: co-participação das educadoras infantis no processo saúde doença no centro de desenvolvimento infantil. **Rev. Texto & Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.2, parte 1, p.336, maio-agosto 2000.

GELBCKE, Francine Lima et all. **Educação trabalho e enfermagem**. Florianópolis, UFSC, módulo 3, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.

GRANDI, M. T. Notas Preliminares. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor**. Reimpr.da 1.ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

MARASCHIN, M. S; CARRARO, T. E. O Processo de Notificação das Doenças Obrigatórias: uma abordagem problematizadora. **Rev. Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.2, parte 2, p.838, maio-agosto 2000.

MARCOS, Badeia. **Ética e profissionais de saúde**. São Paulo: Ed Santos, 1999

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal: Treinamento em grupo**. 7ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

OLIVEIRA, Fátima. **Bioética – uma face da cidadania**. São Paulo: Moderna, 1997.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1994.

RUDIO, Franz Vitor. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Informações básicas para gestores do SUS – 2.ed.** Florianópolis: SES, 2002.

SOUSA, Maria Fátima de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n. especial, p.25, dez.2000.

SOUZA, Heloísa Machado de. Programa de Saúde da Família : Entrevista realizada por Denise Pires com Heloísa Machado de Souza. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n. especial, p.7 -13, dez. 2000.

STEPKE, Fernando L. Institucionización de la Bioética – desafios de la Bioética em el contexto latinoamericano. **Rev. Selecciones de Bioética**, Bogotá, n.2, p. 11-20, agosto de 2002.

SANTA CATARINA. Biguaçu: Dados Históricos. Disponível em < <http://www.pmbigua.cjb.net> > Acesso em: 22/10/2002.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Cartilha do SUS**. Florianópolis, 1999.

THUMÉ, E.; JARDIM, V. M.; ORNELAS, C. P. Desenvolvendo uma Prática Educativa no Ingresso de Novos Profissionais no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. **Rev. Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.2, parte 1, p.336, maio-agosto 2000.

TORRES, Gertrude. A posição dos conceitos e teorias na Enfermagem. In: GEORGE, Julia. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 13-23.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Meu primeiro projeto assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1994.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: EDUFSC, p. 81, 1999.

WERNET, Mônica. Enfermagem e Família – investindo no primeiro passo. In: **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. Especial, p. 3-4, dez.2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Informação e consentimento pós – informação

Nossos nomes são: Edna Rodrigues, Luciana Patrícia Nascimento, Michel Maximiano Faraco e Patrícia Maria Marcon, somos acadêmicos de Enfermagem da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e estamos desenvolvendo nosso Trabalho de Conclusão de Curso com o título de “O Processo de Trabalho do enfermeiro numa Equipe de Saúde da Família: uma proposta enfocando a capacitação do Agente Comunitário de Saúde”, cujo objetivo principal é de desenvolver uma prática assistencial educativa com agente comunitário de saúde de uma equipe de saúde da família, a luz de um referencial teórico adaptado e da Metodologia Problematicadora. Este estudo é necessário pois visa a capacitação do Agente para um melhor desenvolvimento de seu trabalho. Para isso, você está participando de um Treinamento Introdutório, onde iremos revelar algumas fotografias, como estratégia para alcançar o objetivo proposto e incrementar o trabalho. Isto pode trazer constrangimento ou desconforto mas esperamos contribuir para sua vida e crescimento profissional. Se você tiver alguma dúvida em relação ao trabalho ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 225 55 93. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas e a fotografias reveladas, **a pedido**, serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Consentimento Pós – Informação

Eu, _____, fui esclarecido sobre o trabalho “O Processo de Trabalho do enfermeiro numa Equipe de Saúde da Família: uma proposta enfocando a capacitação do Agente Comunitário de Saúde”, e concordo que meus dados (informações e fotografias) sejam utilizados no mesmo.

Biguaçu, _____ de _____ de 2002.

Assinatura:

RG:

APÊNDICE B – Relatório do Treinamento para ACS – Redução de Danos

Curso de Redução de Danos – proporcionados aos ACS

Este treinamento para ACS foi realizado no Centro de Eventos Petry, às 8h, no período de 06/11 – 07/11.

No dia 06/11, período matutino, tivemos como palestrante a Enfermeira do NAPS. A palestra iniciou às 8 h e 30 min. Com cerca de 23 ACS e 4 acadêmicos de enfermagem.

A palestrante inicia introduzindo sobre o tema que será abordado, realiza um relaxamento com intuito de permitir as pessoas por algum instante sonhar, posteriormente abre discussão sobre como foi a sensação de sonhar, há relatos de alguns ACS e acadêmicos de enfermagem; conversa sobre crenças abordando as vivências sobre vícios: fumo-álcool-drogas; como percebemos as pessoas.

Intervalo – café

O que sentimos quando estamos com dúvida, e com certeza?

Falou que seu conteúdo teórico era sobre o fornecimento de seringas para usuários de drogas, mas falou sobre as questões da mente porque achou que estava sendo mais proveitoso.

Resgatou com os ACS que eles não devem dizer e fazer: *eu devo/eu tenho que fazer isso*. Devem fazer o que é preconizado, mas respeitando e articulando-se com a família.

Ela tente levar para os ACS que se a família não quer recebê-las, o problema não está com elas, elas tem que mostrar seu trabalho e respeitar a opinião dos moradores. Se querem ou não a prestação de serviço.

Veja as coisas que você faz e faz bem, não as mínimas coisas que você não faz.

Relatos dos ACS sobre se fosse uma aula padronizada:

“seria um monte de babozeira”

“não entenderia nada”

“distante”

Então não podemos ir padronizados para fazer visitas domiciliares – essa relação não fluiu.

Indaga para os ACS como é perceber o outro?

Fala sobre paciência e fé.

APÊNDICE C – Cartilha do Agente Comunitário de Saúde

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - UFSC

SECRETARIA DE SAÚDE DE BIGUAÇU - SC

CARTILHA DO AGENTE COMUNITÁRIO DA SAÚDE

AUTORES:

Edna Rodrigues

Luciana Patrícia Nascimento

Michel Maximiano Faraco

Patrícia Maria Marcon

Sônia Maria Poyer

1. CONCEITOS DE SAÚDE

Denti (200....), em sua dissertação de mestrado, “programa de saúde da família: da proposta a execução, uma desafio para a reestruturação do serviço de saúde”, realizou uma revisão histórica do conceito de saúde. Através de seu texto podemos levantar alguns exemplos das várias mudanças que este conceito sofreu ao longo dos tempos:

HIPÓCRATES (460-377 a .c.), na antiga grécia, conceituava “saúde como um natural e harmonioso equilíbrio entre humores. (Paixão, 1979, 21).

GALENO (131-201 d.c.) conceituou “saúde como equilíbrio íntegro dos princípios da natureza, ou dos humores em nós existentes, ou a atuação sem nenhum obstáculo das forças naturais ou a cômoda harmonia dos elementos”.(Moura, 1989, p15)

NO SÉCULO XX, A OMS reconhece oficialmente que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (BrasilI, 1996, p.32).

O PROFESSOR BRASILEIRO AGUINALDO GONÇALVES propõem emenda ao conceito da oms, considerando que “a saúde não é entendida como ausência de doença, nem só completo bem-estar físico, mental e social, mas a atitude ativa de fazer face as dificuldades do meio físico, psíquico e social, de entender sua existência e, portanto de lutar contra elas” (Gonçalves apud Moura, 1995, p.15)

Assim, podemos ver que do mesmo modo que as sociedades mudam, com seus modos de viver e conhecer, também se modificam as maneiras das pessoas e sociedades pensarem sobre saúde e doença. Estas mudanças se relacionam aos avanços da ciência e tecnologia, aos modos das sociedades se organizarem, à cultura e até mesmo aos valores que representam os ideais destas sociedades.

A VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE conceitua saúde como sendo a resultante de condições de “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde, é assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”.

Assim, podemos ver que do mesmo modo que as sociedades mudam, com seus modos de viver e conhecer, também se modificam as maneiras das pessoas e sociedades pensarem sobre saúde e doença. Estas mudanças se relacionam aos avanços da ciência e tecnologia, aos modos das sociedades se organizarem, à cultura e até mesmo aos valores que representam os ideais destas sociedades.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A CARTA DE OTTAWA, define a promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. E afirma que as pessoas devem envolver neste processo como indivíduos, famílias e comunidades e que homens e mulheres devem participar como parceiros iguais”.

A promoção da saúde pode ser entendida também como medidas que devam ser tomadas para que se previna ou combata a doença, sendo assim o objetivo principal da promoção da saúde é incentivar as pessoas a

melhorar seu estilo de vida, modificar e se possível abandonar comportamentos de risco (estresse, dieta inadequada, falta de atividade física, fumo, drogas, higiene precária) substituindo-os por hábitos saudáveis beneficiando desta forma sua qualidade de vida.

Algumas medidas gerais facilitam a promoção da saúde:

- alimentação adequada.
- autocuidado.
- higiene pessoal e ambiental.
- moradia adequada.
- escolas.
- áreas de lazer.
- imunizações
- proteção contra acidentes.
- controle de vetores (ratos, insetos...).
- diagnóstico precoce de algumas patologias (hipertensão, diabetes, câncer de mama e colo uterino).

3. CONHECENDO O SUS

Antes de 1988 recebia assistência de saúde somente aqueles que trabalhavam e tinham carteira assinada e pagavam a Previdência Social. Para quem não tinha emprego registrado ou não podia pagar um médico, a saída era recorrer às Santas Casas de Misericórdia ou aos postos de saúde municipais, que viviam sempre lotados.

Iniciou-se então uma grande discussão acerca de um sistema de saúde racional, de natureza pública, onde todos deveriam ter acesso aos serviços de saúde, independente de sua condição social, integrando as ações curativas e preventivas, com a participação social.

Uma nova maneira de entender saúde começou a ser discutido pelos profissionais da saúde e pela população. Assim, a saúde passou a ser vista não apenas como um estado de ausência de doenças, mas sim como resultado de um conjunto de fatores como saneamento básico, condição de moradia, trabalho, salário justo, educação, cultura, lazer, etc.

Diante destas circunstâncias, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS – através da Constituição Federal de 1988, para garantir por lei os direitos da população quanto ao acesso aos serviços de saúde que precisar, sem qualquer discriminação.

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

Atualmente, o SUS constitui-se na política nacional da saúde, regulamentada pelas leis Orgânicas de Saúde, cuja execução é de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal, com a participação da sociedade civil.

O SUS é um SISTEMA porque é composto por um conjunto de unidades, serviços e ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e privadas contratadas. O SUS é ÚNICO porque segue os mesmos princípios e diretrizes em todo o território nacional.

Agora a **Saúde é um direito de todos e dever do Estado**, com um sistema único para todos os cidadãos, gratuito, de fácil acesso e conta com a nossa participação dentro dos conselhos locais e municipais de saúde.

Será que é o que observamos por aí?

Para que isso seja realidade é necessário mais que a aprovação de leis, é preciso colocá-la em prática através da implantação do SUS. Hoje temos espaço onde podemos ajudar a implementar o SUS, como os conselhos de saúde, as conferências de saúde, as associações de moradores, os sindicatos e os diversos grupos organizados na comunidade.

A participação da comunidade é dos princípios do SUS. Em todos os níveis de governo, a população tem o **direito e o dever** de participar das decisões, propor linhas de ação e os programas que considera mais importante, controlar a qualidade dos serviços de saúde prestados e o modo como são desenvolvidos e fiscalizar a aplicação dos recursos de saúde que vem para o município.

COMO PARTICIPAR?

Conselho Municipal de Saúde

A existência do **Conselho Municipal de Saúde**, com suas atribuições garantidas em lei, podem ser um importante instrumento de participação popular. A composição do conselho é paritária, ou seja, metade dos conselheiros são representantes dos usuários, que são representantes de associações, igrejas, fóruns populares, etc, e a outra metade do conselho é dividido entre representantes dos profissionais de saúde e governo municipal.

Esses grupos de conselheiros são eleitos em suas entidades para participar do conselho durante 2 anos, com a função de atuar junto a todas as questões de saúde do município como elaboração do plano municipal de saúde e sua aprovação, controlando e fiscalizando a execução do plano de saúde e fiscalizando as contas da saúde.

O conselheiro tem muita responsabilidade, pois ele está representando a população e seus direitos à saúde, devendo participar da elaboração das linhas gerais das ações de saúde do município.

O conselho municipal se reúne mensalmente em reunião ordinária e, quando necessário, mais vezes para reuniões extraordinárias, afim de desenvolver seu papel de orientador da saúde da população.

Todos nós podemos participar das reuniões do conselho como cidadão, tendo direito a voz, e a levar denúncias a respeito de problemas com a saúde de nossa comunidade. Participando das reuniões do conselho nos tornamos mais conscientes, mais cidadãos!

Conselho Local de Saúde

Em nossa comunidade também podemos formar o **Conselho Local de Saúde**. Ninguém melhor do que a própria comunidade para levantar as necessidades e os problemas de saúde que vivem no dia-a-dia de suas vidas.

Ninguém melhor do que a própria comunidade para fiscalizar as ações de saúde desenvolvidas no seu bairro, e avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

O Conselho Local de Saúde é a instância mais próxima da comunidade para levantar os problemas que mais atingem a população e buscar as soluções de forma organizada, junto ao município.

Esse conselho na comunidade pode ser formado pelos grupos organizados existentes no local, como: associações, escola, creche, posto de saúde, igreja, grupos organizados, agentes comunitários e as lideranças, enfim, todas as pessoas que de alguma forma podem contribuir para a melhoria da saúde do bairro.

O conselho também deverá reunir-se mensalmente para discutir os problemas de saúde do bairro, acompanhar as ações desenvolvidas pela unidade de saúde, ter um representante no conselho municipal de saúde, divulgar as ações de saúde preventiva para toda a comunidade, estimular a participação comunitária na busca de uma melhor qualidade de vida para população.

4. PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – PACS

O Governo Federal criou, por meio do Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inspirado em experiências anteriores bem sucedidas.

O QUE É O PACS?

Em 1991, o Ministério da Saúde lançou o PACS com o objetivo de diminuir os indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste, no entanto este programa percorreu um caminho lateral, encontrando como limitante as unidades de saúde que atuavam ainda em modelo tradicional.

Alguns municípios se engajaram para fortalecer esta proposta e levaram-na ao Ministério da Saúde.

Atendendo a estes pedidos o Ministério da Saúde cria em 1994, o Programa da Saúde da Família.




O PACS é uma estratégia que integra a Agenda Básica da Comunidade Solidária. Esta estratégia possui como foco as idéias de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações (pois trabalha junto à comunidade).

Este programa visa a prevenção e a promoção à saúde. Trabalha com três bases de apoio: os agentes comunitários de saúde, os recursos de saúde e a comunidade.

QUEM ADOTA E COMO ADOTA O PACS?

É o município quem opta por adotar o PACS. E a Prefeitura precisa conhecer e saber como ele funciona. O PACS conta com recursos, orientações e apoio dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal.

O município necessita ter alguns requisitos para implantação do PACS, como dispor de:

-  Conselho Municipal de Saúde, que participa das discussões a propósito da adesão ao programa;
-  Unidade básica de saúde de referência, na qual os ACS serão cadastrados;
-  Fundo Municipal de Saúde, ou conta especial para a saúde;

- ☞ Profissional enfermeiro lotado na unidade básica de referência dos ACS, na proporção de no máximo 01 (um) enfermeiro para 30 agentes
- ☞ A partir da implementação da habilitação nos municípios às condições de gestão previstas no NOB/SUS/01/96, a habilitação passará a ser também um requisito de adesão ao programa.

Depois de verificar que possui estas condições e que existe a vontade política de implementar a estratégia do PACS, a secretaria municipal discute o assunto com o Conselho Municipal de Saúde, para obter sua aprovação e engajamento.

O município, então, encaminha uma solicitação formal à Secretaria Estadual de Saúde, manifestando seus interesse em aderir ao PACS e demonstrando que possui todos os requisitos exigidos. Confirmada a adesão, passa a interagir com os níveis federal e estadual.

O número de agentes comunitários que integrarão o PACS é calculado de acordo com o número de famílias, pois um agente pode acompanhar 100 a 150 famílias na zona rural, e 200 a 250 famílias na zona urbana.

5. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Visto como uma das grandes prioridades do Ministério da Saúde, pois está contribuindo para operacionalização dos princípios do SUS e servindo como eixo estruturante para reorientação do modelo assistencial de Atenção Básica, que terá como foco a família no seu espaço físico e social, para permitir ações voltadas à prevenção de doenças e promoção à saúde.

O PSF é integrado ao serviço de saúde do município e da região, por isso podemos dizer que atua como porta de entrada do sistema de saúde.

PRINCÍPIOS

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e trabalha baseada na Unidade de Saúde, que tem como princípios:

- Caráter substitutivo: substituir as unidades de saúde já existentes e onde não existir, criar novas, todas com a proposta do modelo do PSF.
- Integralidade e hierarquização: a unidade de saúde, é o primeiro acesso da população, sendo a Atenção Básica, por isso deve garantir a atenção integral a todos os indivíduos e família e também assegurar referência e contra-referência para serviços de maior complexidade, quando necessário.
- Territorialização e cadastramento: a unidade de saúde tem sua área de abrangência definida e é responsável pelo cadastramento desta população vinculada (adscrita).
- Equipe multiprofissional: para a proposta do PSF se concretizar é preconizado a atuação de diferentes categorias profissionais para atuarem conjuntamente.

Equipe de Saúde da Família:

Composta por no mínimo médico, enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde; é essencial que todos trabalhem 08hs/diárias.

Atribuições gerais:

- Médico: realizar consultas, visita domiciliar e desenvolver ações preventivas e de promoção de saúde.
- Enfermeira: gerenciar a unidade de saúde, supervisionar o trabalho do agente comunitário de saúde, realizar consultas e visita domiciliar.
- Auxiliar/Técnica de enfermagem: realizar procedimentos de enfermagem na unidade e no domicílio.
- Agente comunitário de saúde: mapeamento de sua microárea, cadastro da família, visitas domiciliares mensais e levantamento de informações junto à enfermeira.

Unidade de Saúde:

Toda unidade de saúde, deve ter um espaço mínimo suficiente e suporte de materiais preconizado pelo Ministério da Saúde.

Uma unidade de saúde pode ter de 01 a 03 equipes de saúde da família, depende do número de habitantes da área de abrangência da unidade de saúde.

OBS: equipe de saúde bucal, só há em unidade que tenha 02 equipes de saúde da família.

Cada equipe de saúde da família deve acompanhar entre 600 e 1000 famílias com o limite máximo de 4500 pessoas.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES A SEREM EXECUTADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO A NOAS 2001:

SAÚDE DA CRIANÇA:

- Vigilância nutricional
- Imunização
- Assistência às doenças prevelentes na infância
- Assistência e prevenção a patologias bucais (quando houver equipe de saúde bucal)

SAÚDE DA MULHER:

- Pré-natal
- Preventivo
- Planejamento familiar
- Prevenção de problemas odontológicos em gestante (quando houver equipe de saúde bucal)

CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETE MELITTUS

- Diagnóstico de casos
- Cadastramento de portadores
- Busca ativa
- Tratamento
- Diagnóstico precoce de complicações

- Encaminhamento de casos graves
- Medidas preventivas

CONTROLE DA TUBERCULOSE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

- Busca ativa
- Cadastramento
- Notificação de casos
- Diagnóstico clínico
- Acesso a exames
- Tratamento
- Medidas preventivas

AÇÕES DE SAÚDE BUCAL (quando houver)

6. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O QUE É UM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?

É um trabalhador que integra a equipe de saúde da família, que, auxilia as pessoas a cuidarem de sua própria saúde, através de ações individuais e coletivas.

Ele funciona como um elo de ligação entre a família e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe.

O Agente Comunitário de Saúde é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora. É um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região. Tem bom relacionamento com seus vizinhos. Tem condição de dedicar oito horas por dia ao trabalho de ACS. Orientado pelo médico e pela enfermeira da unidade de saúde, vai de casa em casa e anota tudo o que pode ajudar a saúde da comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade. Nas áreas onde o PSF ainda não foi implantado, os Agentes Comunitários estão vinculados às unidades básicas tradicionais e são capacitados e supervisionados por enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Assim, os agentes comunitários são pessoas que, cumprem os seguintes requisitos formais, que devem ser observados em seu processo de recrutamento e seleção:

- a) residir na comunidade há pelo menos dois anos;
- b) ter 18 anos, ou mais;
- c) ter o ensino fundamental completo (até a 8ª série)
- d) ter disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades de ACS.

Cabe ressaltar que conforme a Lei nº 10.507 de 10/07/2002 publicada no Diário Oficial da União de 11/7/2002 cria-se a **profissão** de Agente Comunitário de Saúde.

O processo de seleção e contratação dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser feito segundo uma lógica própria. Ao contrário dos outros, o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Aprovado, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu

enfermeiro instrutor/supervisor. Qualquer pessoa que se enquadre no perfil estabelecido pode inscrever-se e submeter-se ao processo de seleção, que o município executa com acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde (ou de conselhos locais e/ou distritais, nas cidades maiores). O candidato é avaliado por sua aptidão, postura e vivência mediante simulação de situações de problemas da comunidade, seja por meio de provas escritas, seja em entrevistas individuais e/ou coletivas.

O contrato do ACS deve ter por base a Lei 9.790/99, que prevê todos os direitos trabalhistas, sob regime de Previdência Geral. A recomendação é que o ACS seja contratado por entidade não lucrativa de interesse público, que efetivará Termo de Parceria com o município.

Funções que desenvolve:

O Ministério da Saúde define o agente comunitário de saúde e explicita claramente suas atribuições (BRASIL, 2001, p.78):

O agente comunitário é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência.

As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

- a) realizar mapeamento de sua área;*
- b) cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;*
- c) identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;*
- d) identificar áreas de risco;*
- e) orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;*
- f) realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;*
- g) realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;*
- h) estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;*
- i) desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;*
- j) promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;*

- k) *traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;*
- l) *identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipes.*

7. FAZENDO O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

O trabalho de saúde junto à comunidade deve levar em conta, em primeiro lugar, o conhecimento do território onde se vai atuar, o que significa ir além dos muros da Unidade Básica de Saúde. É fundamental percorrer o território que constitui a área de abrangência da unidade de saúde para identificar **quem vivem, como vive e do que adoecce e morre**.

A identificação desse cenário possibilita visualizar a realidade da comunidade, como se tirássemos uma fotografia, onde as “qualidades” retratadas nortearão o planejamento e as intervenções em saúde imprimidas pela equipe da unidade e comunidade.

“Fazer o diagnóstico comunitário é identificar os problemas, a necessidades, os recursos de uma comunidade”

Como a saúde está muito relacionada as condições de vida, fazer uma análise do que se precisa para melhorar a saúde de uma comunidade é um trabalho grande e de equipe. O **Agente Comunitário da Saúde** é um auxiliar valioso para isto, pois além de fazer o cadastramento das famílias da sua área, faz o mapeamento e discutem com a comunidade as suas necessidades e decidem prioridades.

Etapas do Diagnóstico de Saúde Comunitário

I. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS: trata-se de chegar a um acordo sobre o que a gente quer saber. Se é simplesmente para conhecer melhor a comunidade ou para identificar problemas e necessidades para orientar as ações de saúde.

III. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA, NECESSIDADES E RECURSOS

V. OBJETIVOS DA AÇÃO

VII. PLANO DE AÇÃO:
escolha de atividades

IX. AVALIAÇÃO:
DIAGNÓSTICO DA
COMUNIDADE

II. INFORMAÇÕES OU DADOS A COLETAR: são dados demográficos (nº habitantes e estrutura por idade, natalidade, mortalidade, etc), características da comunidade (contexto, história, clima, meios de transportes, etc), situação sócio-econômica (custo de vida, salários, organização familiar, etc), cultura e religião, sistema sanitário, organização administrativa, etc.

IV. ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES

VI. ESCOLHA DE UMA ESTRATÉGIA DE AÇÃO

VIII. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

8. FALANDO DA VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma das atividades mais importantes do Agente Comunitário da Saúde. É através dela que ele vai poder fazer o cadastramento e o acompanhamento das famílias e, principalmente, trabalho educativo, orientando as pessoas como evitar as doenças e cuidar melhor da sua saúde.

As visitas domiciliares devem ser feitas sempre. Elas fazem parte da rotina do trabalho do agente comunitário de saúde.

Quando visitamos uma família, utilizamos a entrevista, que é uma conversa direcionada com as pessoas. Fazendo o acompanhamento das famílias através da visita domiciliar, é possível:

- Identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que não estão.
- Conhecer os principais problemas de saúde das pessoas.
- Conhecer as condições de moradia, de trabalho, os hábitos, as crenças, os costumes e valores.
- Descobrir o que as pessoas precisam saber para cuidar melhor de sua saúde.
- Ajudar as pessoas a refletirem sobre os seus problemas de saúde e ajudá-las a organizar suas ações para tentar resolvê-los.
- Identificar as famílias que precisam de um acompanhamento mais próximo e mais freqüente.
- Ensinar às pessoas medidas simples de prevenção e orientá-los a usar corretamente os medicamentos.

8.1 PLANEJANDO A VISITA

Para uma visita obter sucesso, precisa ser planejada.

Planejar é ver os detalhes da visita antes de fazê-la. Planejando, o Agente Comunitário de Saúde aproveita melhor o seu tempo e respeita o tempo das pessoas que vai visitar.

Assim, antes de fazer uma visita...

Dá licença! Posso entrar?

E é preciso:

1. Ter claro o motivo da visita: se é para fazer o cadastramento da família, para o acompanhamento das crianças, ou gestantes ou de alguma pessoa doente. É importante informar às pessoas o motivo da visita, sua utilidade e importância.
2. Quando você for visitar pela primeira vez a casa de uma família, antes de qualquer coisa, é importante que você se apresente: diga seu nome, qual o seu trabalho, a importância que ele tem, o motivo da sua visita e se você pode ser recebido naquele momento.
3. É importante saber o nome de alguém da família que você vai visitar. É uma demonstração de interesse e respeito pelas pessoas.
4. É recomendável escolher um bom horário e definir o tempo de duração da visita. Isso não quer dizer que você não possa mudar o horário ou ficar mais um tempinho, se for necessário. Na hora da visita, é preciso ter sensibilidade para saber se as pessoas querem ou não conversar mais um pouquinho.
5. Para conquistar a confiança e o respeito das pessoas, é preciso valorizar os seus costumes, as suas crenças, o seu modo de ser, seus problemas e seus sentimento. E é preciso saber que todas as informações que lhe são repassadas pela família são confidenciais e você deve guardar sigilo, por questões éticas.
6. Antes de começar a fazer perguntas, é bom conversar um pouco com as pessoas sobre assuntos que elas gostam de falar, sobre o trabalho, a casa, as crianças, as notícias de rádio, as novelas de televisão, etc.

7. Só se deve pedir informações que têm sentido. É necessário explicar o porquê das perguntas, a importância das respostas e para que elas vão servir.
8. A entrevista é uma oportunidade para ensinar e aprender. É bom fazer perguntas não só para conseguir informações, mas também para levar as pessoas a pensarem de novas maneiras.

Depois de fazer uma visita...

O Agente Comunitário de Saúde deve verificar se conseguiu as informações necessárias, vendo o que deu certo na visita, para poder corrigir as falhas. Isso é importante para planejar as próximas visitas.

Toda família deve ser visitada uma vez por mês, mas ela deve receber mais de uma visita se existir alguma situação de risco, como:

- Recém-nascido com menos de dois quilos e meio.
- Criança desnutrida.
- Recém-nascido que não está sendo amamentado no peito.
- Criança com doenças graves.
- Gestantes com problemas de saúde.
- Outras pessoas com problemas de saúde.
- Famílias isoladas por barreiras geográficas, culturais.

Além disso, na primeira semana de vida do bebê, é muito importante que ele seja visitado, assim como a mãe de resguardo (a puérpera). Sempre que existirem situações de risco, você deve apresentar o problema para o seu instrutor/supervisor e procurar com ele um jeito de dar prioridade a esses casos e planejar ações para resolvê-los.

APÊNDICE D – Transparências utilizadas no treinamento introdutório para ACS

HISTÓRICO

1991→ Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

- Princípios de mudança: vínculo com a família
- Limitante: unidades de saúde no sistema tradicional
- União entre municípios

1994→ Programa Saúde da Família (PSF)

- Não havia orçamento: remuneração por procedimentos executados
- Não havia Recursos Humanos para o novo modelo
- Não há profissionais preparados

1995→ Consenso entre níveis Municipal e Estadual

1996→ Operacionalização da NOB-SUS/96

- Implantação do Piso de Atenção Básica (PAB)

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Visto pelo Ministério da Saúde como eixo estruturante na Atenção Básica de Saúde, vem reorientando o modelo assistencial, tomando como foco a família no seu espaço físico e social, para permitir ações de prevenção a doenças e de promoção de saúde.

CONCEITO DE FAMÍLIA: Espaço nuclear de agregação de pessoas, inseridas num contexto social, sendo objeto prioritário para Atenção Básica de Saúde.

PRINCÍPIOS: Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

- Territorialização e Cadastramento
- Vínculo com a população
- Garantia de integralidade na assistência
- Trabalho multidisciplinar
- Promoção de saúde
- Estimulo à participação da comunidade
- Caráter substitutivo

ATUAÇÃO: Porta de entrada para o sistema municipal de saúde.

RESPONSABILIDADES PARA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME NOAS-2001:

SAÚDE DA CRIANÇA:

- Vigilância nutricional
- Imunização
- Assistência às doenças prevalentes na infância
- Assistência e prevenção a patologias bucais (quando houver equipe de saúde bucal)

SAÚDE DA MULHER:

- Pré-natal
- Preventivo
- Planejamento familiar
- Prevenção de problemas odontológicos em gestante (quando houver equipe de saúde bucal)

CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETE MELITTUS

- Diagnóstico de casos
- Cadastramento de portadores
- Busca ativa
- Tratamento
- Diagnóstico precoce de complicações
- Encaminhamento de casos graves
- Medidas preventivas

AÇÕES DE SAÚDE BUCAL (quando houver)

CONTROLE DA TUBERCULOSE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

- Busca ativa
- Cadastramento
- Notificação de casos
- Diagnóstico clínico
- Acesso a exames
- Tratamento
- Medidas preventivas

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

Função: prestar assistência contínua à comunidade

Números de equipes: 01 a 03

- 01 Equipe de saúde da família: 600 – 1000 famílias (máximo 4500 pessoas)

Estrutura mínima: sala de recepção; local para arquivos e registros; local para cuidados básicos de enfermagem; sala de vacinação; consultório médico; consultório de enfermagem; sanitários; espaço para atividades de grupo; clínica odontológica (quando houver).

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

Constituída de no mínimo:

- 01 médico generalista
- 01 enfermeira
- 01 auxiliar/técnico de enfermagem

04 – 06 Agentes comunitários de saúde

Carga horária: 8 hs/diárias

BASE PARA AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

Atribuições fundamentais dos profissionais de uma equipe de saúde da família:

- Planejamento de ações;
- Saúde, promoção e vigilância;
- Trabalho interdisciplinar;
- Abordagem integral à família.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS:

MÉDICO: consultas; assistência integral em todas as fases de vida; atividades conforme NOAS – 2001; criar grupos de patologias; encaminhamentos; visita domiciliar.

ENFERMEIRA: consultas, assistência integral em todas as fases de vida; atividades conforme NOAS – 2001; criar e coordenar grupos de patologias; visita domiciliar; envio de informações para o SIAB; supervisionar e coordenar ações para capacitação de ACS e técnicos de enf.; gerencia a unidade de saúde.

AUXILIAR DE ENF: procedimentos de enf.; triagem para consultas; limpeza e ordem do material; busca ativa; ações de educação.

SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO:

- Comissão aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Contrato: seleção interna ou seleção externa (CLT).

Agente comunitário de saúde:

- Seleção própria
- Contrato pela lei 9.790/99 (regime de previdência geral)

CAPACITAÇÃO PARA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

Existência do Pólo de Capacitação, que é um espaço voltado para educação permanente desses profissionais. Esta entidade está vinculada a alguma instituição de ensino superior e interage com a Secretaria Municipal para implementar programas de capacitações.

Tipos de curso:

- Curto prazo: Treinamento Introdutório; cursos de atualizações;
- Médio e longo prazo: curso de pós-graduação;

ACOMPANHAMENTO/AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES:

SIAB: Sistema de Informações de Atenção Básica

É um método desenvolvido pelo Ministério da Saúde que permite o registro de diversas informações relativas à saúde da população coberta e o andamento das atividades da equipe.

FUNÇÃO: - sistematizar os dados coletados

gerar relatórios pertinentes à saúde da área adscrita

O SIAB possui dois tipos de módulos:

→ MÓDULO I: consta do registro de atividades, procedimentos e notificações que devem ser registrados diariamente. Cada profissional tem sua ficha, onde irão registrar todas as atividades e procedimentos que realizaram e também registrar os marcadores detectados.

No final do mês, estas fichas devem ser consolidadas pela equipe e enviadas ao SIAB.

→ MÓDULO II: consta do acompanhamento de grupos de risco: hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, gestantes e crianças.

Os ACS realizam cadastro e acompanhamento destes usuários e no final do mês, devem consolidar estes dados, e com a supervisão da enfermeira, enviarem para o SIAB.

INCENTIVOS À ATENÇÃO BÁSICA:

→ Farmácia Popular

→ Uniformes para os Agentes Comunitários de Saúde

→ Bolsa-Alimentação

*AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, ESTEJAM CERTOS QUE É GRAÇAS A VOCÊS
QUE A PROPOSTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA ESTÁ SE
CONCRETIZANDO...*

MUITO OBRIGADA PELA SUA DEDICAÇÃO



Nome:

Unidade:

saúde
da
Família
*
B
I
G
U
A
Ç
U

AGENDA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fones: _____

Email: _____

RG: _____ CPF: _____

Título de eleitor: _____ Zona: _____

Banco: _____ agência/conta nº: _____

Onde trabalho

Unidade de Saúde: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Fones: _____

Email: _____

Microárea de responsabilidade: _____

Emergências

Ligar para: _____ Falar com: _____

Grupo sanguíneo: _____ Rh: _____

Tenho alergia a: _____

2003

JANEIRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEVEREIRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

MARÇO						
D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ABRIL						
D	S	T	Q	Q	S	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAIO						
D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUNHO						
D	S	T	Q	Q	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

JULHO						
D	S	T	Q	Q	S	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

AGOSTO						
D	S	T	Q	Q	S	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

SETEMBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

OUTUBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVEMBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DEZEMBRO						
D	S	T	Q	Q	S	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Janeiro
 Março
 Abril
 Maio
 Junho
 Setembro
 Outubro
 Novembro
 Dezembro

1
 4
 18, 20, 21
 1
 19
 7
 12
 2, 15
 25

Dia Mundial da Paz
 Carnaval
 Paixão, Páscoa, Tiradentes
 Dia do Trabalho
 Corpus Christi
 Independência
 N.ª S.ª Aparecida
 Finados, Proclamação da Rep.
 Natal

ANIVERSÁRIOS

JANEIRO

DIA	NOME

FEVEREIRO

DIA	NOME

MARÇO

DIA	NOME

ABRIL

DIA	NOME

MAIO

DIA	NOME

JUNHO

DIA	NOME

JULHO

DIA	NOME

AGOSTO

DIA	NOME

SETEMBRO

DIA	NOME

OUTUBRO

DIA	NOME

NOVEMBRO

DIA	NOME

DEZEMBRO

DIA	NOME



ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

VACINAS DOSES	SABIN	TRÍPLICE	HAEMÓPHILUS B	HEPATITE B	BCG	VTV TETRA
1 ^A	2 meses			ao nascer		1 ANO
2 ^A	4 meses			1 MÊS		
3 ^A	6 MESES			6 MESES		
1º Reforço	1 ANO					
2º Reforço	5 ANOS					

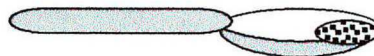
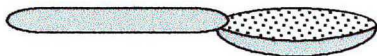
VALORES NORMAIS

	ÓTIMO	REGULAR	MAU
GLICEMIA –	80 – 115	116 – 130	> 130
COLESTEROL –	< 200	200 - 239	≥240
PRESSÃO ARTERIAL –	≤130/85	≤140/90	>140/90

DICAS

- soro caseiro: Medida recomendada para um copo de água:
 - 1 pitada (de 3 dedos) de sal + 1 punhado de açúcar (na palma da mão) ou

- 1 colher (de chá) rasa de açúcar + 1 pontinha de colher de sal



- medicações fornecidas na unidade de saúde (DM, HAS, CONTRACEPTIVOS)
- são áreas de risco: esgoto e lixo a céu aberto, terreno baldio, água contaminada, casas com risco de desabamento, pontos de drogas...
- os indicadores são: diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose, idoso, crianças e gestantes.

CADASTROS DAS FAMÍLIAS



Microárea de minha responsabilidade: _____

Número de Famílias da minha Microárea: _____

Observações:

1. Diabetes Mellitus
2. Hipertensão arterial
3. Criança menor de 1 ano
4. Tuberculose
5. Hanseníase
6. HIV +
7. Gestante
8. Idoso

Número da família: _____ Melhor Horário de visita: _____

Rua: _____, nº _____,

Complemento: _____

Observações: _____

Nº de membros da família: _____

Membros	1	2	3	4	5	6
Nome						
Idade						
RG /Certidão de nascimento						

Número da família: _____ Melhor Horário de visita: _____

Rua: _____, nº _____,

Complemento: _____

Observações: _____

Nº de membros da família: _____

Membros	1	2	3	4	5	6
Nome						
Idade						
RG /Certidão de nascimento						

NESTA SEÇÃO O GRUPO DESTINOU BLOCOS ESPECÍFICOS PARA
ALOCÇÃO DO CARTÃO DO SUS, HIPER DIA E TEXTOS

Cartão do SUS

Textos

HIPER DIA

Trabalhos a entregar

[illegible]

REUNIÕES

[illegible]

PERGUNTAR

[illegible]

AGENDA TELEFÔNICA

TELEFONES ÚTEIS

- ⇒ Unidade de Saúde da família Jardim Janaína – ____
- ⇒ Secretaria de saúde – ____
- ⇒ Vigilância Epidemiológica – ____
- ⇒ Vigilância sanitária – ____
- ⇒ Bombeiro ____ 193
- ⇒ Polícia ____ 190
- ⇒ Emergência + próxima – ____
- ⇒ CIT ____ 3319535
- ⇒ Associação de moradores – ____
- ⇒ Igreja – ____

A – B – C – D – E – F	TELEFONE
Nome	

G – H – I – J – K – L	TELEFONE
Nome	

M – N – O – P – Q – R	TELEFONE
Nome	

S – T – U – V – W – X – Y – Z	TELEFONE
Nome	

SINAIS DA RAIVA EM ANIMAIS:

- ⇒ Mudanças nos hábitos e comportamento.
- ⇒ Tornam-se agressivos (atacam pessoas e objetos) ou tristes (procuram lugares escuros).
- ⇒ Dificuldade para engolir. O animal baba.
- ⇒ Paralisia das patas traseiras.
- ⇒ Latido diferente do normal.
- ⇒ Pode fugir de casa.

ELABORAÇÃO:

Acadêmicas (o) da VIII Unidade
Curricular do Curso de Graduação em
Enfermagem/UFSC 2002:

EDNA RODRIGUES

LUCIANA PATRÍCIA NASCIMENTO

MICHEL MAXIMIANO FARACO

PATRÍCIA MARIA MARCON

COLABORAÇÃO:

Universidade Federal de Santa Catarina
Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Serviço de Controle de Zoonoses

CIDASC

Unidade de Saúde da Família Jardim Janaina

SEU CÃO PRECISA DE CUIDADOS!



ATIVIDADES DA UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA:

Ações de Saúde da Criança

- o Vigilância nutricional.
- o Vacinas.
- o Teste do pezinho.
- o Assistência às doenças prevalentes na infância (diarréia, verminoses, infecções respiratórias, etc...).

Ações de Saúde da Mulher

- o Pré-Natal.
- o Prevenção do câncer de colo de útero.
- o Planejamento familiar (fornece preservativo masculino e anticoncepcional).
- o Puericultura (assistência à mulher e criança após o parto).

Controle da tuberculose e hanseníase

- o Busca ativa de casos.
- o Notificação dos casos.
- o Cadastro de portadores.
- o Tratamento supervisionado.

Controle da Hipertensão (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)

- o Cadastramento de Portadores.
- o Busca ativa de casos.
- o Tratamento dos casos.
- o Diagnóstico precoce de complicações.
- o Encaminhamento de casos graves
- o Medidas de promoção à saúde
- o Fornecimento de medicamentos específicos (Captopril, propanolol, metildopa, furosemida, hidroclorotiazida, glibenclâmida, metformina e insulinas NPH e regular.

O SUS é GRATUITO, ninguém pode cobrar.
Em caso de cobrança, ligue:

- Conselho Municipal de Saúde: 2431040
- Conselho Estadual de Saúde: 48-2212385
- Secretaria Municipal de Saúde: 2431961
- Delegacia mais próxima

ELABORAÇÃO:

Acadêmicas (o) da VIII Unidade
Curricular do Curso de Graduação em
Enfermagem / UFSC 2002:

EDNA RODRIGUES

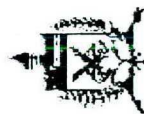
LUCIANA PATRÍCIA NASCIMENTO

MICHEL MAXIMIANO FARACO

PATRÍCIA MARIA MARCON

COLABORAÇÃO:

Universidade Federal de Santa Catarina
Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu



SUS

PSF

ACS

O QUE VOCÊ
PRECISA SABER?

APÊNDICE H – Relatório de Atividade Educativa na Escola Fernando Viegas de Amorim

No dia 23/10/02 das 14 às 15h foi desenvolvida uma atividade educativa com o Tema: Verminoses. Na escola Fernando Viegas de Amorim, no Bairro Jardim Janaína, Biguaçu.

Inicialmente o médico desenhou no quadro algumas ilustrações que demonstravam formas de adquirir verminoses – desenho de fezes, pés descalços, mãos sujas, verduras, frutas e água contaminados.

A atividade foi desenvolvida em dois momentos:

1º momento:

Através de um teatrinho, as ACS representaram os sintomas e a transmissão de verminoses através da água.

2º momento:

O médico explorou os conhecimentos das crianças através das ilustrações do quadro, discutindo com elas as formas de transmissão, sintomas, etiologia, ciclo e algumas maneiras singelas e práticas de evitar e combater as verminoses. Para finalizar o médico esclareceu as dúvidas que ainda não haviam ser exploradas no decorrer das atividades.

APÊNDICE I – Relatório da Palestra do Médico para ACS sobre verminoses

No pátio coberto, atrás da unidade o médico realizou uma palestra sobre verminoses e abordou aspectos de higiene pessoal (aparar unha das crianças, lavagem das mãos antes das refeições e após eliminações) e ambiental (a limpeza da casa, do pátio) e a importância de manter animais domésticos limpos e fora de casa, evacuar em privadas, fossas com distancia acima de 20m do poço e este em nível superior, por as roupas no sol para desinfetá-las.

Contaminação

Bactérias: cólera e salmonela - alimentos estragados

Vírus: hepatite e leptospirose – água contaminada

Verminose:

<i>Verminose</i>	<i>Transmissão</i>	<i>Fezes</i>
Protozoário – Ameba	Água e alimentos contaminados	Com catarro e raios de sangue
Protozoário – Giárdia	Falta de higiene	Fezes verdes espumosas

Tratamento – Metronidazol

Helmintos – transmissão por fezes

Ascaris – coceira pelo corpo, tosse, perda de peso, diarreia, fadiga

Oxiúrus – coceira anal

Ancilostoma – amarelão

Taenia – cuidado com a carne de porco crua

Tratamento natural

- ☛ Chá de hortelã morno em jejum
- ☛ Chá de mastruz com álcool
- ☛ Semente de abóbora torrada
- ☛ Semente de mamão

APÊNDICE J – Relatório de algumas das visitas domiciliares realizadas

Realizou-se uma consulta médica a uma Sra., etilista, na qual apresentava hepatomegalia, sinais de fadiga, enjôo e vômitos frequentes. Esta consulta foi desenvolvida de forma particular.

Fez-se visita domiciliar a uma usuária álcool-dependente, que estava queixando-se de fortes dores abdominais e mal-estar geral, estando impossibilitada de ir até a Unidade.

Trata-se de uma casa de alvenaria, localizada no terreno de parentes, com pouca luminosidade e ventilação. Possui aproximadamente 05 cômodos, com presença de fossa séptica, sem tratamento da água para utilização. Moram na casa: pai, mãe, e filha (03 anos).

Nesta visita domiciliar estavam presentes uma ACS, a enfermeira e o médico da USF – Jardim Janaína.

A mãe da usuária já lhe tinha feito um chá de boldo para aliviar os sintomas. A usuária está separada do marido há pouco tempo e acha estar grávida. Em particular, o médico realiza o exame físico. Após, diz ser uma hepatomegalia, devido ao abuso de álcool.

Nesta visita, percebe-se a intenção da equipe em atender a família, pois a mãe da usuária, diabética, refere fortes dores nas pernas. Entretanto, as atividades ficam dirigidas ou limitadas à usuária.

Outras duas visitas domiciliares foram acompanhadas:

1ª - Visita a uma senhora de 63 anos, hipertensa, com uma úlcera varicosa em MID (perna-canela), cisto em face no lado esquerdo, diagnóstico recente de câncer de colo uterino e tumor de medula.

A paciente pareceu estar disfarçando seu humor frente seu grave estado de saúde.

Motivo da visita: acompanhamento do exame colpocitológico, orientação à cliente para iniciar seu tratamento o mais rápido possível, realização de curativo em MID – canela.

2ª - Visita de um casal de idosos apenas para acompanhamento da HAS e do estado de saúde dos idosos. O senhor estava bem, porém a senhora estava muito preocupada com a saúde de sua filha que está com um nódulo na tireóide.

3ª - Fez-se uma visita domiciliar, a tarde, a uma senhora com Diabetes Mellitus e HAS, que estava queixando-se de cefaléia e mal-estar geral, e já tinha ido a Unidade pela manhã.

Trata-se de uma casa de alvenaria, com boa ventilação. Nesta visita domiciliar estavam presentes uma ACS, a enfermeira e o médico da USF – Jardim Janaína.

A senhora está com PA 190/11 mmHg, e glicemia 311. foi encaminhada a um endocrinologista, e orientada que procurasse um pronto-socorro imediatamente devido a seu estado. A senhora mostrou-se arredia às orientações, iria tomar o medicamento corretamente, e que amanhã iria estar boa.

Nesta visita, percebe-se a intenção da equipe em atender a senhora.

4ª - Fez-se uma visita domiciliar, a tarde, a uma senhor idoso, acamado, o médico foi verificar o resultado dos exames, que na maioria estavam bons, e receitou um medicamento com vitaminas.

Trata-se de uma casa de alvenaria, com boa ventilação.

Nesta visita domiciliar estavam presentes uma ACS, a enfermeira e o médico da USF – Jardim Janaína.

O senhor estava com PA 130/80 mmHg.

Nesta visita, percebe-se a intenção da equipe em atender às necessidades deste senhor acamado.

5ª - Fez-se uma visita domiciliar, a tarde, a uma senhora, portadora de CA de colo, úlcera varicosa em canela direita, cisto no rosto e excesso de plaquetas. A enfermeira tinha a intenção de verificar se a paciente teria ido ao médico no CEPON. A paciente referiu não ter ido ao Cepon pois não tinha dinheiro para o ônibus.

Nesta visita domiciliar estavam presentes uma ACS, a enfermeira e o médico da USF – Jardim Janaína.

A senhora estava com PA 130/80 mmHg.

Nesta visita, percebe-se a intenção da equipe em perceber como a senhora está lidando com seus problemas de saúde.

APÊNDICE K – Relatório das participações em grupos de idosos, diabéticos e hipertensos

- GRUPO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

Neste encontro estava, presentes uma ACS, a enfermeira, o médico e três usuárias do serviço de saúde da unidade. O médico palestra sobre diabetes e hipertensão, focalizando três aspectos fundamentais no tratamento: postura (maneira como leva a vida, incluindo aspectos psicossocial e econômicos), alimentação (dieta específica) e exercícios físicos (indispensável para a manutenção da saúde e do tratamento destas patologias). Estes se articulavam e formam um “círculo vicioso”, onde por exemplo, uma pessoa com estresse, come mais ou come menos e faz menos exercícios, assim por diante, desequilibrando o sistema orgânico, interferindo diretamente no controle do diabetes e hipertensão. Outros exemplos foram dados e também diversos assuntos abordados, como fisiopatologia, sintomatologia e terapia medicamentosa.

**RESSALTANDO QUE AS INFORMAÇÕES ERAM APRESENTADAS, COM A NÍTIDA
PREOCUPAÇÃO DE SE UTILIZAR LINGUAGEM SIMPLES E ACESSÍVEL AO ENTENDIMENTO
DAS USUÁRIAS.**

- GRUPO DE IDOSOS

O grupo de idosos é coordenado pela Sraa. Rosa, moradora da comunidade, que iniciou há cinco meses com o grupo. Será realizada toda quinta feira, no salão da igreja local, a partir das 14 h e oferece como atividades para mulheres: modelagem de *biscuit*, pintura de toalhas, crochê e para homens dominó.

A enfermeira Sueli e alguns ACS realizam visita ao grupo de idosos com a finalidade de verificar pressão arterial de todos os participantes e ao mesmo tempo interagir com estes, fazendo o controle do grupo de hipertensos e, neste momento aproveitam para encaminhá-los a consulta de enfermagem e também para convidá-los para participarem de atividades do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

O grupo de idosos é uma atividade realizada pela comunidade e a Equipe de Saúde utiliza este espaço como uma oportunidade para estar mais próxima a comunidade atuando na prevenção de doenças e agravos.

APÊNDICE L – (Re) Conhecimento da Sala de Vacina

A responsável pela sala de vacinas é a Técnica de Enfermagem A. que fez a capacitação para vacinação.

Conversamos com ela em torno de duas horas com a finalidade de ela nos mostrar o funcionamento da sala de vacinas, os esquemas de vacinação atualizados, as regras de notificação e o que mais fosse pertinente ao assunto.

A técnica de enfermagem mostrou-se acessível e disponível para posteriores dúvidas e também nos oportunizou o acesso a suas bibliografias pertinentes. Esta oportunidade fez com que conhecêssemos o processo de trabalho dos membros da ESF e também nos fez atualizarmos quanto às mudanças no esquema nacional de vacinação.

VACINAS DOSES	SABIN	TRÍPLICE BACTERIANA	HAEMÓPHILUS B	HEPATITE B	BCG	VTV TETRA
1^A	2 meses			ao nascer		1 ANO
2^A	4 meses			1 MÊS		
3^A	6 MESES			6 MESES		
1º Reforço	1 ANO					
2º Reforço	5 ANOS					

RELATÓRIO BUSCA ATIVA – VACINAS

Conforme a reunião do dia 01/10/2002, sexta-feira, a secretária da saúde do município, expõe o seguinte problema: "... o índice de vacinação do Município de Biguaçu está muito baixo, principalmente de crianças menores de um ano. Suspeita-se de um sub-registro."

Com discussões e sugestões entre as equipes de saúde da família, formula-se um planejamento para solucionar a situação.

Logo, decide-se que os ACS visitariam todas as crianças menores de um ano e investigariam na carteirinha de vacinação se o esquema estava em dia, preenchia um espelho e atualizando a ficha da USF. As crianças em atrasos deveriam ser encaminhadas para vacinação, na intenção de promover cobertura total.

Os ACS da USFJJ visitaram 74 crianças, com apoio da enfermeira, técnica de enfermagem e acadêmicos de enfermagem /UFSC.

Após, cada Unidade se responsabilizaria de confeccionar um relatório da situação vacinal e encaminhá-lo à Secretaria Municipal de Saúde até o Prazo de 20/11/2002.

A seguinte situação foi encontrada:

Vale ressaltar que o nosso trabalho de conclusão de curso sofreu algumas repercussões (como atraso nas atividades previstas, por exemplo) tendo em vista a prioridade dada a vacinação, que necessitava do empenho da equipe e, principalmente das ACS, público alvo de nosso projeto assistencial.

Em contrapartida, tivemos a oportunidade de presenciar uma mobilização da equipe em favor da comunidade, além de entrar em contato com a realidade de trabalho dos ACS e de vida das famílias. Este trabalho de busca ativa, fez-nos crer que a assistência à saúde não se limita a Unidade de Saúde, mas sim, implica no empenho profissional em sensibilizar as famílias no tratamento à saúde de seus membros, como direitos e deveres dos cidadãos.

APÊNDICE M – Relatório das Reuniões do PSF em Biguaçu

Em 25/10/02, o grupo participou da reunião do PSF do Município de Biguaçu junto a ESF do bairro Jardim Janaína com a qual realizou o estágio.

A secretária de saúde Eliana introduziu a reunião apresentando o Palestrante Rubens Puricelli, responsável pelo programa de Meningites da DVE, e falando sobre o possível subregistro de vacinas no município.

As vacinas estão com cobertura de 91% da população. Quando a vacina possui mais de uma dose, a última dose administrada é contada na cobertura.

Cogitou-se a possibilidade de se fazer espelho dos cartões de vacinas das crianças.

MENINGITE: CAUSA – vírus, bactérias e outros agentes como fungos e vermes.

SINTOMAS – febre alta, dor de cabeça, vômito, manchas avermelhadas pelo corpo, Kern +. Mas em crianças pequenas o diagnóstico é mais difícil, normalmente a criança apresenta-se chorosa, não mama...

VÍRUS – grupo dos enterovírus como sarampo e caxumba, mas o problema maior é de higiene.

Quando a meningite é viral sua ocorrência é maior no verão.

BACTÉRIAS – meningococo, streptococo, haemophilus, bacilo de Koch...

A forma mais grave de meningite é a bacteriana, mas os sintomas são iguais em todas.

A meningite meningocócica ocorre em 25% dos casos no estado, causa facilmente epidemias e é muito grave. Há programas de barreira com vacina e quimioprofilaxia.

INCIDÊNCIA – A incidência da meningite em SC é de 2,5 casos/100 000 hab, sendo considerada normal. Com relação ao meningococo, SC, juntamente com SP, RJ ES, tem sido um dos Estados com maior incidência de meningite no Brasil. No entanto, a letalidade é a menor do País, enquanto SC tem 15% de letalidade, a média do Brasil é 22%.

60% dos indivíduos atingidos são crianças menores de cinco anos.

MECANISMO DE AÇÃO – garganta → sangue → meninges

Meninges (dura-máter, aracnóide e pia-máter) são as membranas que envolvem o SNC e a medula espinhal.

O meningococo possui transmissão direta, ou seja fala, tosse, espirro, beijo.

A meningite também está relacionada à condição sócio-econômica e quantidade de carga do agente etiológico recebida.

A incubação é, em geral, de 3 a 5 dias, podendo chegar a 10 dias.

DIAGNÓSTICO

➤ Clínico

➤ Exames do líquido (físico, citológico, bacterioscopia, e látex por imunoeletroforese)

➤ Exames de sangue – hemocultura (é realizado quando há petéquias e o LCR é negativo)

Obs.1 – A medicação se realizada antes da coleta do LCR pode mascarar o exame.

2 – O líquido (sangue ou líquido) têm de ser enviado até duas horas depois da retirada, pois as bactérias morrem em um período superior a este. Além disso precisam ser transportados em isopor.

3 – As petéquias, em exame laboratorial negativo, podem classificar a meningite como meningocócica.

O exame citológico apresenta:

30% de linfócitos – se este valor estiver maior a meningite é viral

70% de neutrófilos – se este valor estiver maior a meningite é bacteriana.

Até 700 células de defesa o LCR está claro e límpido.

No entanto para afirmar com certeza – a **cultura** é quem determina o tipo de bactéria que coloniza o LCR.

TRATAMENTO

É feito com antibióticos locais e sistêmicos.

O isolamento é realizado, mas em 24/48 o indivíduo afetado já pode dirigir-se à enfermaria normal, não necessitando mais de isolamento.

QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia ocorre para evitar novos casos e a disseminação da doença.

É utilizado antibiótico sistêmico e local. O local é para evitar que os portadores sadios passem a doença para outras pessoas.

Há algum tempo atrás, todos os contatos recebiam quimioprofilaxia, independente deste tipo de contato. Atualmente, as medidas quimioprofiláticas ocorrem em pessoas que mantiveram contato íntimo com o indivíduo doente ou em creches (devido ao risco dos menores de cinco anos) e em quartéis (por serem locais muito fechados). Entende-se por contato íntimo: comer junto, dormir junto, beijar...

Usa-se também vacina de bloqueio após diagnóstico de algumas meningites. Não há vacina de rotina pois há vários tipos de meningites.

Quanto maior a idade, maior a resposta positiva da vacina, mas o grupo mais vulnerável é o mais resistente à vacina (0-5 anos), pois ainda não estão adaptados para criar anticorpos.

Os medicamentos pra quimioprofilaxia o Estado distribui (central-regional-municipal).

SEQÜELAS

- ⇒ Perda de extremidades (ponta dos dedos, orelha, nariz)
- ⇒ Pericardite e miocardite
- ⇒ Neurológica – microcefalia
- ⇒ Surdez e cegueira

É VÁLIDO RESSALTAR QUE A MENINGITE NÃO GERA IMUNIDADE, OU SEJA, PODE ACOMETER O INDIVÍDUO NOVAMENTE.

01/10/2002

A reunião aconteceu na sexta-feira dia 01/10/02 às 10h para discutir-se sobre a cobertura vacinal no município de Biguaçu. Segundo as estatísticas, a cobertura vacinal não está atingindo o esperado de 95%, mas acredita-se que as crianças estão sendo vacinadas, entretanto pode estar havendo um subregistro ou as crianças estão sendo vacinadas em outra cidade, este fato justificaria o porquê da cobertura menor que 95%.

Várias estratégias foram discutidas, mas optou-se por orientar os ACS a fazerem visitas nas crianças menores de um ano de sua área, conferir suas vacinas, registrar e o que estiver atrasado, a ESF será comunicada, fará busca ativa e vacinará as crianças ainda não vacinadas. Um carro de som também percorrerá Biguaçu chamando as mães das crianças menores de um ano para levá-las acompanhadas de sua carteirinha de vacina até a unidade de saúde de seu bairro. Junto a coleta de informações das carteirinhas e busca ativa dos casos, as enfermeiras registrarão todos os dados referente a situação vacinal da criança de cada área e enviarão a SMS até ± 30 de novembro/2002.

Um fato bastante discutido foi a importância que as famílias devem dar a carteira de vacinação da criança e o nosso papel em orientá-las nesta valorização das vacinas de suas crianças.

08/11/02

Relatório da reunião do psf de Biguaçu

A reunião foi realizada na ASMUB, às 8h e 30 min. do dia 08/11/02. O Objetivo da reunião é discutir o trabalho, a forma de registro, protocolos... os coordenadores do PSF do Município relatam que não recebem por isso, não possuem poder de decisão, mas quando há algum problema eles têm que resolver e, precisa de tempo disponível e autonomia, portanto, consideram-na fictícia.

Foram discutidas as formas de registro nos prontuários, requisição de exames, encaminhamento a especialidades. Ainda cogitou-se de fazer um perfil nosológico do município.

Foi levantado que o preconizado pelo MS é de cinco equipes para cada coordenador.

22/11/02

A reunião foi realizada na ASMUB, às 8h e 30min. com 24 participantes, e dois ministrantes uma enfermeira e uma técnica de enfermagem.

Houve uma dinâmica inicial, onde a enfermeira numerou as pessoas de 1 a 5, e todos os números correspondentes se juntam para formar grupos de cinco pessoas. A ministrante dá um caso clínico e temos que diagnosticar e colocar a etiologia e como ela se apresenta.

O Ministério da Saúde identifica a diarreia como doença.

Seguiu-se uma discussão sobre a realidade da cólera no país, e, que deve suspeitar de cólera quando houver diarreia intensa, desidratação rápida e a pessoa tiver vindo de região endêmica ou tiver contato com alguém que veio.

Houve, ainda, discussão sobre tratamento e prevenção da diarreia.

Foi realizada uma dinâmica de comunicação com três participantes.

Assistimos a um vídeo sobre diarreia.

Propôs-se a monitorização diarreica, com vigilância sentinela que deveria ser realizada em cada unidade de saúde e entregue um relatório semanalmente para vigilância epidemiológica.

Para encerramento abriu-se um espaço para discussão de dúvidas.

APÊNDICE N – Instrumento Processo de Trabalho Enfermeiro

REGISTRO DA(S) ATIVIDADE(S)

- Finalidade (s) de trabalho:

- Objeto (s) de trabalho:

- Instrumento (s) de trabalho:

- Força de trabalho:

- Produto:

REFLEXÃO:

APÊNDICE O – Diagnóstico de Saúde da Comunidade do Jardim Janaína

Objetivo geral:

Conhecer a realidade sócio-econômica quanto aos aspectos relacionados à saúde, a fim de subsidiar nosso estudo auxiliando os ACS a sua realidade de trabalho.

Objetivo específico:

Características da comunidade, segundo informações colhidas com a ESF, principalmente com os ACS. É formada graficamente por regiões montanhosas, com um clima subtropical, zona urbana predominante. As habitações são, em sua maioria, de alvenaria. Aos principais meios de comunicação são rádio, TV, telefone, jornal e de transporte de ônibus.

Há 1315 famílias cadastradas no PSF e aproximadamente 4712 habitantes, na maioria adulto jovem. A idade de casamento ocorre aproximadamente em torno dos 17 anos.

As migrações são originárias do oeste catarinense, SP, Ceará, Paraná, Serra Catarinense. As famílias são compostas por cerca de 6 pessoas cada uma. A maioria destas trabalha em serviços gerais, são autônomos (faxineiras, pedreiros, carpinteiros).

No Jardim Janaína há fábricas de moveis, madeireiras, materiais de construção, fabrica de capacete e serralherias.

As pessoas recebem em média 2 salários mínimos mensais.

As Igrejas são Assembléia de Deus, Católica, Jeová, Quadrangular.

Neste mesmo dia os ACS trouxeram um mapa esquemático de sua microárea, deste esquema os ACS junto com os acadêmicos e a enfermeira construíram um mapa maior, onde estariam representada toda área do Bairro Jardim Janaína. Delimitamos cada microárea diferenciando-as por cores distintas, destacando ainda neste mapa as casas dos ACS, escolas, Igrejas, supermercados, lanchonetes, bares, farmácias, áreas de risco (lixo, e esgoto a céu aberto, terrenos baldios). No final criamos uma legenda para melhor compreensão do mapa.

Algumas dificuldades da comunidade

- ⇒ Não há tratamento de esgoto;
- ⇒ A maioria da população utiliza-se de água de uma cachoeira que segundo informações colhidas na própria comunidade, é contaminada com dejetos humanos e esgoto;
- ⇒ O alto número de ratos;
- ⇒ Alto índice de alcoolistas;
- ⇒ Alto numero de cães soltos nas ruas;

O problema dos ratos tem relação direta com o esgoto a céu aberto, os lixos e os terrenos baldios, essas causas são de difícil governabilidade para os profissionais de saúde, pois os mesmos têm o compromisso de alertar autoridades públicas para os problemas trazidos pela falta de saneamento básico, entretanto, a ação, a mudança, depende da mobilização e conscientização de todos, como os profissionais de saúde, políticos e comunidade.

Como a causa por enquanto não está sendo combatida de forma satisfatória, as conseqüências da falta de saneamento básico está sendo amenizada com o uso de raticidas e a conscientização da população para ferver a água que bebe, através das informações levadas pelos ACS ou atividades educativas realizadas nas escolas do bairro.

APÊNDICE P – Participação na Reunião do Conselho Municipal de Saúde – Biguaçu/SC

No dia 31/10/2002, às 18h, o grupo de acadêmicos participou da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Biguaçu. Neste encontro foram aprovadas medidas econômicas e políticas em relação à saúde, onde o PAB (Piso de Atenção Básica) dá lugar ao PABA (Piso de Atenção Básica Ampliada), devido a alguns serviços especializados que o município oferece à comunidade. Aliado a isso, o município recebe por estes serviços prestados. O Conselho tomou ciência de alguns cálculos de despesas e orçamentos, inerentes aos gastos e investimentos na área da saúde. Outros assuntos foram abordados, como: Programa de DST/AIDS, Conferência Municipal de Saúde.

A secretária de saúde do município, Eliana Faria, discorre sobre os problemas com ACS, devido a alta rotatividade deste trabalhador e, que implica em despesas com o cumprimento das Leis trabalhistas. “isso é um problema nacional [...] No Brasil, a rotatividade deste trabalhador chega a 48%. Alguns estão despreparados e outros possuem uma sobrecarga de resolutividade “. (informação verbal)¹.

Percebemos, durante toda a reunião, censo democrático nas tomadas de decisões, fatos que fortalecem a participação e controle social.

APÊNDICE Q – Educação em saúde: Orientação sobre planejamento familiar e prevenção de DST/AIDS

No dia 30/10/2002, período matutino, três adolescentes chegaram à USFJJ no intuito de fazer um trabalho de Escola. Neste, precisavam saber sobre planejamento familiar e formas de prevenir DSTs, inclusive HIV/AIDS.

Assim, os acadêmicos forneceram as informações necessárias e esclareceram as dúvidas emergentes, além da demonstração do uso de preservativos.

Percebemos que vários mitos e contradições ainda permeiam a realidade dos adolescentes, apesar de todas as informações disponíveis nos dias atuais. Entretanto, notamos um forte desejo de aprender/compreender um assunto que foi “fantasiado” e excluído de discussões informais, especificamente entre pais e filhos.

Vale ressaltar que esta experiência foi única, porém cremos que não será a última e, que de alguma forma desenvolvemos algo mais em nossa personalidade profissional, principalmente por ser um momento sigiloso e tão delicado de ser abordado.

¹ Notícia fornecida por Eliana Faria na Reunião do Conselho Municipal de Saúde, em Biguaçu, em outubro de 2002.

APÊNDICE R – Instrumento Processo de Trabalho do ACS

REGISTRO DA(S) ATIVIDADE(S)

- Finalidade (s) de trabalho:

- Objeto (s) de trabalho:

- Instrumento (s) de trabalho:

- Força de trabalho:

- Produto:

REFLEXÃO:

APÊNDICE S – Questionário

1 – o que é SUS?

2 – O que você entende por Programa de Saúde da Família?

3 – Você já foi visitado por uma ESF? Explique!

4 – Você sabe o que é um ACS? E conhece o responsável pela sua área?

5 – Conhece a função dos ACS? Quais são?

6 – Sabe como funciona a USF? Explique que tipo de atendimento é oferecido!

7 – O que você acha do Programa de Saúde da Família?

ANEXOS

ANEXO A – Família

Texto adaptado da Professora Ana Isabel Jatobá

CONCEITO –

Família é um vínculo entre pessoas criadas de forma semelhante com costumes e gostos próprios, que compartilham entre si experiência de vida e afeto mútuo. É o princípio de nossa vida que envolve amor, união, cumplicidade, educação e muito respeito. Tem a família biológica, como avô, avó, mãe, pai, filhos, tios, tias... E, tem a família de convívio como amigos, colegas de trabalho, vizinhos... Acho que são as pessoas que tem vínculo de sangue, convívio e amor. É uma associação de pessoas unidas por laços afetivos relativamente íntimos que se reconhecem e são (ou deveriam ser) reconhecidas como tal, sem necessidade de padrões de gênero, idade ou genética.

Família é pessoas que moram juntas, tendo relações parentais e compromissos permanentes. Família é um conjunto de pessoas que residem na mesma casa ou num mesmo ambiente. É constituída por pai, mãe, irmãos, amigos.

Família são pessoas de um mesmo grupo com características diferentes. É um grupo de pessoas que procuram unir suas idéias para melhorar sua maneira de viver.

Família é o agrupamento de pessoas que vivem em uma mesma realidade, sob as mesmas condições com objetivos comuns e sobretudo se respeitam e mutuamente se ajudam. É um elo da sociedade. Inclui descendentes como filhos, netos, sobrinhos e como ascendente, pai, mãe e avós. É a célula da sociedade como conceito social, é a representação da divindade como conceito religioso e a representação de forças da natureza como sentido metafísico e é constituído de pais e filhos. É um grupo de pessoas que tem vínculos de sangue ou não e que se preocupam uns com os outros. É constituído de filhos, pai, mãe e irmãos. Família é um conjunto de pessoas que vivem juntas e/ou separadas no mesmo teto, tendo ou não os mesmos laços de sangue. São pessoas que convivemos, pai, mãe, irmãos, marido, esposa, tios, tias, primos e avós.

“Família é um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade”. “A família seria dois ou mais indivíduos, cada um com suas qualidades singulares, que é diferente e maior do que a soma de seus membros” (Nitschke, 1999)

“Um grupo de pessoas, vivendo juntas ou em contato íntimo, que cuida uns dos outros e propiciam orientação pra seus membros”. (Patterson, 1995)

A ESCOLHA DO CONCEITO DEPENDE:

- ⇒ Definição profissional
- ⇒ Visão de mundo
- ⇒ Visão do ambiente
- ⇒ Visão da família
- ⇒ Conhecimentos
- ⇒ Crenças e valores
- ⇒ Análise dos diferentes referenciais/teorias de família disponíveis
- ⇒ Conceito de saúde
- ⇒ Cultura
- ⇒ Local onde vivem
- ⇒ Significados
- ⇒ Orientação filosófica

A fim de adequar o conceito/referencial teórico para cada situação específica vivenciada pela família no momento do atendimento. (Elsen, 1994)

CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS

De acordo com o tamanho:

- ⇒ Pequenas – ênfase no desenvolvimento individual, paternidade intensiva, pressão para superar expectativas da família, desenvolvimento e realização dos filhos comparado com outras crianças.

- ⇒ Grande – ajuste a modificações em caso de crise, maior ênfase sobre o grupo e menos sobre o indivíduo, cooperação essencial, requer maior grau de organização e de controle. O controle é exercido por um membro da família mais velho, maior contato entre os irmãos, funções especializadas, disciplina imposta pelos mais velhos.

FORÇAS FAMILIARES

- ⇒ Compromisso
- ⇒ Apreciação
- ⇒ Encorajamento
- ⇒ Tempo para fazer coisas em conjunto
- ⇒ Finalidade – nos bons e ruins momentos
- ⇒ Sentido de embaraçamento
- ⇒ Capacidade de comunicar-se
- ⇒ Regras, valores e crenças familiares
- ⇒ Estratégias de aceitação
- ⇒ Capacidade de resolução de problemas
- ⇒ Flexibilidade e adaptabilidade
- ⇒ Equilíbrio

A FAMÍLIA E SEU PROCESSO DE VIVER

1 – O lançamento do jovem adulto – saindo de casa: jovens solteiros

Processo emocional de transição:

- * Aceitar a responsabilidade emocional e financeira pelo eu.

Mudanças necessárias para prosseguir:

- * Diferenciação do eu em relação à família de origem.
- * Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais.
- * Estabelecimento do eu com relação ao trabalho e independência financeira.

2 – A união de família no casamento: o novo casal

Processo emocional de transição:

- * Comprometimento com um novo sistema.

Mudanças necessárias para prosseguir:

- * Formação do sistema marital.
- * Realinhamento do relacionamento com as família ampliada e aos amigos para incluir o cônjuge.

3 – Famílias com filhos pequenos

Processo emocional de transição:

- * Aceitar novos membros no sistema.

Mudanças necessárias para prosseguir:

- * Ajustar o sistema conjugal para criar espaço para o(s) filho(s).
- * Unir-se nas tarefas de educação dos filhos, nas tarefas financeiras e domésticas.
- * Realinhamento dos relacionamento com a família ampliada para incluir os papéis de pais e avós.

4 – Famílias com adolescentes

Processo emocional de transição:

- * Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos e as fragilidades dos avós.

Mudanças necessárias para prosseguir:

- * Modificar os relacionamentos progenitor-filho para permitir ao adolescente movimentar-se pra dentro e para fora do sistema.
- * Novo foco das questões conjugais e profissionais do meio da vida.
- * Começar a mudança no sentido de cuidar da geração mais velha.

5 – Lançando os filhos e seguindo em frente

Processo emocional de transição:

- * Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar.

Mudanças necessárias para prosseguir:

- * Renegociar o sistema conjugal como díade.
- * Desenvolvimento de relacionamentos de adulto-para-adulto entre os filhos crescidos e seus pais.

- * Realinhamento dos relacionamentos para incluir os parentes por afinidade e netos.
- * Lidar com a incapacidade e morte dos pais (avós)

6 – Famílias no estágio tardio da vida

Processo emocional de transição:

- * Aceitar a mudança dos papéis geracionais.

Mudanças necessárias para prosseguir:

- * Manter o funcionamento e os interesses próprios e/ou do casal em face do declínio fisiológico.
- * Apoiar um papel mais central da geração do meio.
- * Abrir espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem superfuncionar por ela.
- * Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão de integração da vida.

TIPOS DE FAMÍLIAS

- ⇒ Família nuclear ou conjugal – laços maritais legais.
- ⇒ Família extensa ou ramificada
- ⇒ Família de pai/mãe solteiros
- ⇒ Família binuclear – custódia conjuntas
- ⇒ Famílias reconstruídas – mistas – combinadas
- ⇒ Famílias poligâmicas
- ⇒ Famílias comunitárias – compartilham posses
- ⇒ Famílias de casais homossexuais
- ⇒ Laços afetivos
- ⇒ Círculo de amigos e outras mais...

FUNÇÕES – ATRIBUIÇÕES DA FAMÍLIA

- ⇒ Economia – produzem e consomem bens de serviços
- ⇒ Unidade básica para repor os membros da sociedade
- ⇒ Continuidade da sociedade – conhecimentos, crenças, valores...
- ⇒ Unidade de cuidado – cuidado à saúde – ensinamento de práticas de cuidado à saúde e suporte social durante a saúde e a doença.
- ⇒ Suprir as necessidades interacionais de seus membros: amor, intimidade, auto-aceitação e cuidado...

A família tem que fazer o necessário para suprir as necessidades de seus membros, objetivando sobreviver e contribuir para a sociedade.

IMAGENS DE QUEM É A FAMÍLIA

- ⇒ A família não se restringe
- ⇒ A família é quem convive
- ⇒ Família é de quem se aprende
- ⇒ Família é quem é amigo...
- ⇒ Família é quem se conhece...
- ⇒ Família é com quem a gente se dá bem...
- ⇒ Família é quem lhe entende e retribui ...
- ⇒ Família é quem se estima...
- ⇒ Família é quem cria...

ANEXO B – Mensagem – A Quem Pertence?

Perto de Tóquio vivia um grande samurai, já idoso, que se dedicava a ensinar aos jovens.

Apesar de sua idade, corria a lenda de que ainda era capaz de derrotar qualquer adversário.

Certa tarde, um guerreiro conhecido por sua total falta de escrúpulos apareceu por ali.

Queria derrotar o samurai e aumentar sua fama.

O velho aceitou o desafio e o jovem começou a insultá-lo.

Chutou algumas pedras em sua direção, cuspiu em seu rosto, gritou insultos, ofendeu seus ancestrais.

Durante horas fez tudo para provocá-lo, mas o velho permaneceu impassível.

No final da tarde, sentindo-se já exausto e humilhado, o impetuoso guerreiro retirou-se.

Desapontados, os alunos perguntaram ao mestre como ele pudera suportar tanta indignidade.

- Se alguém chega até você com um presente, e você não o aceita, a quem pertence o presente?
- A quem tentou entregá-lo, respondeu um dos discípulos.
- O mesmo vale para a inveja, a raiva e os insultos. Quando não são aceitos, continuam pertencendo a quem os carregava consigo.

A sua paz interior depende exclusivamente de você.

As pessoas não podem lhe tirar a calma.

Só se você permitir...

CUIDADOS

- Picadas venenosas ou mordeduras: levar à unidade básica de saúde ou pronto socorro.
- Queimadura: não tocar nem colocar nenhum produto sobre a área queimada; lavar a área queimada com água; oferecer líquidos à criança; não furar as bolhas; casos graves procurar assistência médica.
- Quedas: quando suspeitar de fraturas não mexer e chamar os bombeiros; se a criança bater a cabeça levar ao hospital; em pancadas mais leves, aplicar compressas frias ou bolsa de gelo.
- Cortes: lavar as mãos antes, limpar ferimento com água e sabão e proteger com pano limpo; não retirar vidros ou farpas do ferimento e quando for um corte profundo, procurar atendimento médico.
- Choque elétrico: desligar a corrente elétrica ou afastar a criança utilizando borracha, madeira ou plástico; colocar a criança em local ventilado; verificar se a criança está respirando; se necessário levar ao hospital.
- Corpos estranhos: não tentar retirar; conforme o local da obstrução: fazer a criança expulsar ar pelo nariz; deitar a criança com o ouvido obstruído para baixo; fazer a criança tossir inclinada para frente e para baixo; se o objeto não sair procurar atendimento médico.
- Afogamento: verificar se a criança está respirando e chamar os bombeiros.
- Acidente de trânsito: conforme a gravidade, imobilizar e chamar os bombeiros.
- Intoxicação: produtos corrosivos: não provocar vômito e oferecer água, leite ou sucos. Produtos não corrosivos: provocar vômito e não dar alimentos. Em ambos os casos levar a unidade básica de saúde ou pronto socorro.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA

CURSO DE GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

PROJETO ASSISTENCIAL DE
CONCLUSÃO DE CURSO

LOCAL DE ESTÁGIO:
CENTRO DE SAÚDE
DO BAIRRO
ITACORUBI

ACADÊMICAS
PRISCILLA TRAMONTINA
TEREZA CRISTINA ZANINI

ORIENTAÇÃO: PROFª DRª
VERA LÚCIA G. BLANK

SUPERVISÃO: ENFª
CLEUSA ROSÁLIA
PACHECO DE SOUZA

FLORIANÓPOLIS, 2002



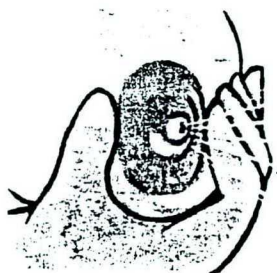
Prevenção de Acidentes na Infância



Dicas simples de
como você pode
evitá-los



Como retirar o seu leite



Procedimentos:

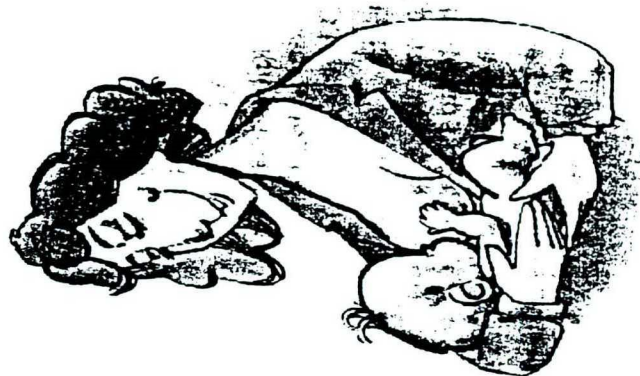
- Lavar bem as mãos antes de iniciar a retirada;
- Colocar o dedo polegar na parte superior da aréola e o indicador abaixo, de modo a formar a letra C;
- Sem tirar os dedos do lugar faça pressão para dentro em direção ao tórax e para fora em direção ao mamilo. Continue realizando este movimento em cima, embaixo e nas laterais.

ELABORAÇÃO:

ACADÊMICAS DA 8ª FASE DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
UFSC/2002

FLÁVIA R. RODRIGUES
RENATA PACHECO
STELA C. CHIODELLI

AMAMENTANDO
SEU BEBÊ



ESTRATÉGIA GERA BEBÊ

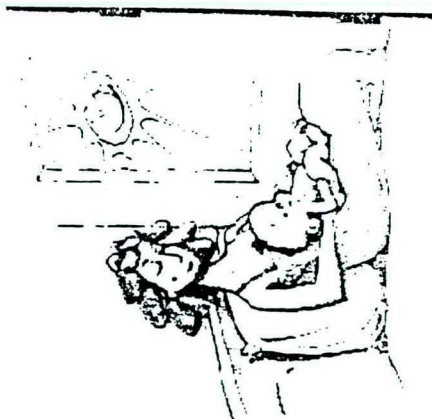
CIDADÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DE
BIGUAÇU



O BANHO DE SOL

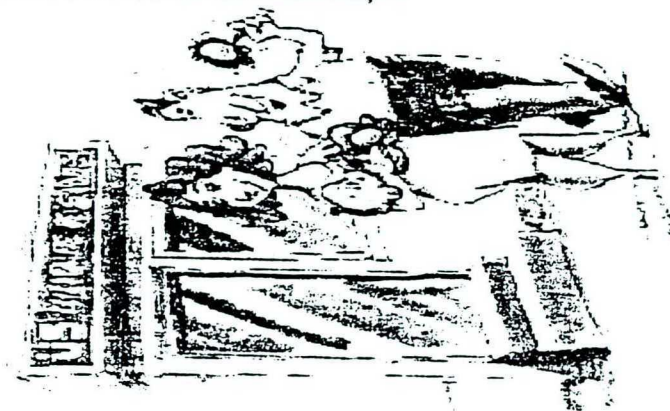
O bebê pode começar a tomar seus banhos de sol assim que chegar em sua casa. Isso é muito importante para o seu crescimento e desenvolvimento.



Alguns cuidados são fundamentais:

- O horário bom é das 8 às 10 h, e das 16 às 18 h.
- Se o bebê estiver dentro de casa, os vidros da janela devem estar abertos, para que ele receba sol diretamente na pele.
- De 1 a 6 meses, o banho de sol deve durar 15 min. Depois dos 6 meses, o banho fica mais prolongado chegando a 30 minutos.

CUIDADOS COM SEU BEBÊ



ELABORAÇÃO:

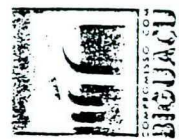
ACADÊMICAS DA 8ª FASE DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UFSC/2002

FLÁVIA R. RODRIGUES
RENATA PACHECO
STELA C. CHIODELLI

**ESTRATÉGIA GERA BEBÊ
CIDADÃO**

SECRETARIA DE SAÚDE DE
BIGUAÇU



ANEXO D – Perfil da População

Tabela 1 - Número de pessoas por faixa etária e sexo, Biguaçu/SC, 2002.

Idade	M	F
80 e mais	142-	224
70 a 79	429-	520
60 a 69	914-	1011
50 a 59	1629-	1653
40 a 49	2970-	3072
30 a 39	4271-	4305
20 a 29	4662-	4509
10 a 19	5222-	5145
0 a 9	5248-	5100
Total		

Fonte IBGE

DEMOGRAFIA DO MUNICÍPIO DE BIGUAÇU

Tabela 2 - -- População Residente por faixa etária e sexo, Biguaçu, 2002.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	483	516	999
1 a 4 anos	2.052	1.986	4.038
5 a 9 anos	2.713	2.598	5.311
10 a 14 anos	2.601	2.563	5.164
15 a 19 anos	2.621	2.582	5.203
20 a 29 anos	4.662	4.509	9.171
30 a 39 anos	4.271	4.305	8.576
40 a 49 anos	2.970	3.072	6.042
50 a 59 anos	1.629	1.653	3.282
60 a 69 anos	914	1.011	1.925
70 a 79 anos	429	520	949
80 anos e mais	142	224	366
Total	25.487	25.539	51.026

Fonte: IBGE* último ano disponível com dados desagregados por sexo e faixa etária

Tabela 3 – População residente por ano segundo sexo, de 1996 à 2002, de acordo com censo e estimativa, Biguaçu.

Ano	Masculino	Feminino	Total	Método
1996	20.028	20.019	40.047	Censo
1997	20.787	20.780	41.567	Estimativa
1998	21.427	21.423	42.850	Estimativa
1999	22.074	22.064	44.138	Estimativa
2000	24.016	24.061	48.077	Censo
2001	24.837	24.886	49.723	Estimativa
2002	25.487	25.539	51.026	Estimativa

Fonte: IBGE

Tabela 4 - Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária, Biguaçu, 2000.

Faixa Etária	Alfabetizado
5 a 9 anos	58,2
10 a 14 anos	98,5
15 a 19 anos	98,2
20 a 29 anos	97,0
30 a 39 anos	95,2
40 a 49 anos	92,6
50 a 59 anos	85,1
60 a 69 anos	76,9
70 a 79 anos	62,0
80 anos e mais	51,8
Total	80,3

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Tabela 5 – Mulheres em Idade Fértil (10-49) e proporção da população feminina em idade fértil, Biguaçu, 2002.

Mulheres em Idade Fértil (10-49)	17.031
Proporção (%)	66,69

Fonte: IBGE

ANEXO E – Perfil do Saneamento Básico

Tabela 6 – Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água, Biguaçu/SC, 1991, 2000 e out/2002.

Abastecimento Água	1991 (%)	2000 (%)	Out/2002 (%)
Rede geral	52,7	76,5	78,23
Poço ou nascente (na propriedade)	38,0	16,3	20,29
Outra forma	9,1	7,1	1,48

Fonte: IBGE – Censos

Tabela 7 – Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária, Biguaçu/SC, 1991, 2000.

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	-	20,9
Fossa séptica	62,3	46,0
Fossa rudimendar	10,7	16,7
Vala	18,8	10,1
Rio, lago ou mar	-	3,9
Outro escoadouro	2,1	0,4
Não sabe o tipo de escoadouro	0,1	-
Não tem instalação sanitária	5,8	1,7

Fonte: IBGE – Censos

Tabela 8 – Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo, Biguaçu/SC, 1991, 2000.

Coleta de Lixo	1991	2000
Coletado	68,6	91,3
.. por serviço de limpeza	68,5	84,3
.. por caçamba de serviço de limpeza	-	7,0
Queimado (na propriedade)	21,7	7,7
Enterrado (na propriedade)	2,9	0,4
Jogado	6,4	0,3
.. em terreno baldio ou logradouro	6,0	0,3
.. em rio, lago ou mar	0,3	-

Fonte: IBGE/Censos

ANEXOS F – Perfil da Assistência à Saúde

Tabela 9 – Número e Proporção de Unidades por Tipo de Unidade, Biguaçu, Dez/2001.

Tipo de Unidade	Unidades	%
Posto de Saúde	-	-
Centro de Saúde	15	78,9
Policlínica	-	-
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	-	-
Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada	-	-
Unidade Mista	-	-
Pronto Socorro Geral	-	-
Pronto Socorro Especializado	-	-
Consultório	-	-
Unidade Móvel Fluvial/Marítima	-	-
Clínica Especializada	-	-
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	-	-
Centro/Núcleo de Reabilitação	-	-
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	1	5,2
Unid. Móvel Terrestre p/Atend. Médico/Odontológico	3	15,7
Unid.Móvel Terr.Prog.Enfrent.às Emergênc.e Traumas	-	-
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	-
Unidade de Saúde da Família	-	-
Centro Alta Complexidade em Oncologia III	-	-
Centro Alta Complexidade em Oncologia II	-	-
Unidades de Vigilância Sanitária	-	-
Unidades não Especificadas	-	-
Outros códigos	-	-
Total	19	100,0

Fonte: SIA/SUS

Tabela 10 – Número e Proporção de Unidades por Tipo de Prestador, Biguaçu/SC, Dez/2001.

Tipo de Prestador	Unidades	%
Ministério da Saúde	-	-
Privados	1	5,2
Outros Órgãos Federais	-	-
Estaduais	-	-
Municipais	18	94,7
Filantrópicas	-	-

Universitários Públicos	-	-
Universitários Privados	-	-
Não Especificados	-	-
Não Identificados	-	-
Total	19	100

Fonte: SIA/SUS

Tabela 11 – Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária – CID10, Biguaçu, 2001.

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,6	23,6	10,7	6,3	3,5	4,6	3,4	2,4	5,4
II. Neoplasias (tumores)	-	2,1	4,1	7,9	2,1	4,4	13,4	11,0	6,1
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,6	1,0	2,4	-	-	0,3	1,2	0,4	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,8	2,1	-	1,5	-	0,8	1,5	3,6	1,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1,5	0,7	14,9	9,6	4,0	9,1
VI. Doenças do sistema nervoso	4,0	1,0	1,6	3,1	0,7	1,5	3,4	6,9	2,5
VII. Doenças do olho e anexos	-	1,0	1,6	1,5	0,7	-	-	-	0,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	4,7	-	0,2	0,3	-	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	1,6	1,5	1,4	7,5	27,1	33,0	11,7
X. Doenças do aparelho respiratório	12,0	20,4	13,2	4,7	0,7	4,0	8,7	15,1	7,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,8	13,9	13,2	12,7	6,4	8,1	11,2	7,7	8,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,6	1,0	0,8	-	1,4	1,3	0,3	-	0,9
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1,6	3,2	4,1	3,1	-	2,3	2,5	1,6	2,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	6,4	18,1	20,6	2,1	6,8	9,6	6,9	7,5
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	4,7	72,1	33,2	-	-	20,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	64,8	5,3	0,8	-	-	-	-	-	4,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,8	7,5	7,4	3,1	-	0,6	1,8	2,0	1,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	0,8	-	-	0,5	0,3	0,8	0,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2,4	8,6	11,5	15,8	5,7	3,7	2,5	1,6	4,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	0,1	-	0,4	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	2,1	7,4	6,3	2,1	4,1	2,5	2,0	3,4
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

ANEXO G – Texto de Doenças Exantemáticas

REUNIÃO TÉCNICA PARA AVALIAÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS E MUDANÇA DE IDADE PARA VACINAÇÃO CONTRA SARAMPO.

Atualmente a transmissão do Sarampo está interrompida em todos os países da Américas com exceção da Venezuela e Colômbia. Três países com altas coberturas vacinais: Canadá (6 casos), Estados Unidos (16 casos) e Brasil (1 caso) confirmaram casos importados durante o ano de 2002, cuja fonte de infecção foram países como Paquistão, Japão, Índia, Itália, Espanha e França. Estas importações não originaram circulação autóctone nestes países. O Brasil tem realizado esforços para prevenir uma possível importação realizando vacinação em áreas de fronteira e grupos considerados de risco (trabalhadores de hotéis, portos, aeroportos, etc.).

SURTO NA VENZUELA

O surto que ocorreu na Venezuela com 2416 casos teve início em agosto de 2001 em um viajante procedente da Europa, caso não notificado e identificado por busca ativa um mês após, durante a investigação do caso de seu irmão. As causas fundamentais da epidemia:

- ⇒ Foram as baixas coberturas vacinais de rotina com índices inferiores a 70%;
- ⇒ Demora nas ações de vigilância epidemiológica (um mês após o primeiro caso que foram tomadas medidas);
- ⇒ Os movimentos populacionais;
- ⇒ Disseminação da doença entre trabalhadores nos hospitais e centros de saúde;
- ⇒ As faixas etárias mais afetadas foram os menores de 1 ano seguido de crianças de 1 a 4 anos e os adultos de 25 a 29 anos;
- ⇒ A Venezuela exportou casos para a Colômbia que apresentou um total de aproximadamente 100 casos.

Apesar do Brasil não apresentar casos há aproximadamente 2 anos, a proximidade geográfica com países que vem apresentando casos é preocupante, por isso a importância de mantermos a vigilância organizada para que não ocorram surtos pelos mesmos motivos da Venezuela.

A SITUAÇÃO DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

O ESTADO DE SANTA CATARINA APRESENTA NOS ANOS DE 2001 E 2002 A SEGUINTE SITUAÇÃO:

<i>Casos</i>	<i>2001</i>	<i>2002*</i>
CASOS SUSPEITOS DE RUBÉOLA	1419	988
CASOS CONFIRMADOS DE RUBÉOLA	45	21
CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO	175	55
CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPO	0	0
CASOS CONFIRMADOS DE SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA	2	0

*DADOS ATÉ SEMANA 37

O Estado vem apresentando uma boa sensibilidade para notificação destes dois agravos. Apesar de alguns municípios ainda estarem silenciosos, infelizmente em relação a rubéola ainda apresentamos casos confirmados pela clínica devido a não coleta do material, o que torna difícil de descartar ou confirmar o caso sem este suporte (amostra de sangue).

Avanços alcançados em doenças exantemáticas no estado de santa Catarina 1996 a 2002

- ⇒ Aumento da sensibilidade nas notificações;
- ⇒ Melhora na qualidade do preenchimento de fichas;
- ⇒ Aumento de casos classificados por laboratório;
- ⇒ Diminuição de casos de sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita;
- ⇒ Campanha de segmento de sarampo com alta cobertura;
- ⇒ Implantação de lei que trata das vacinas em mulheres em idade fértil;
- ⇒ Vacinação de 4 grupos de risco;
- ⇒ Bloqueios amplos e oportunos;
- ⇒ Parcerias com associações médicas, PSF, Lacen;
- ⇒ Confeção de material de divulgação (cartazes, manuais, camisetas, bottons);
- ⇒ Diminuição de falta de kit no lacen;
- ⇒ Campanha de vacina em mulheres em idade fértil.

PONTOS A SEREM MELHORADOS:

- ⇒ Notificação de todos os casos suspeitos (incluindo clínicas, laboratórios, consultórios)
- ⇒ Qualidade de dados da ficha;
- ⇒ Coleta de sangue para todos os casos suspeitos;
- ⇒ Envio de amostras para o Lacen em formulário próprio;
- ⇒ Agilidade no envio das fichas a regional de saúde;
- ⇒ Uso sistemático do SINAN;
- ⇒ Integração e divulgação de informações com instituições particulares (hospitais consultórios e laboratórios);
- ⇒ Manutenção de coberturas vacinais em 95% em todos os municípios.

MUDANÇA DE IDADE PARA VACINAÇÃO CONTRA SARAMPO

Após avaliação das estratégias bem sucedidas de vacinação ao longo de muitos anos no Brasil e a redução significativa do risco em menores de 1 ano; o Programa nacional de Imunização decidiu retirar a vacina do sarampo aos nove meses de idade recomendando a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) aos 12 meses de idade. A partir de 01/01/2003.

Neste sentido a gerencia de imunização recomenda que:

- ⇒ A vacina tríplice viral seja administrada na rotina a partir dos 12 meses de idade para todas as pessoas não vacinadas.
- ⇒ Em bloqueios frente a casos suspeitos de doenças preveníveis por esta vacina, na faixa etária dos 6 meses aos 49 anos de forma seletiva (nos contatos domiciliares a partir de 6 meses sem limite máximo de idade). As crianças menores de 1 ano vacinadas nos bloqueios devem ser revacinadas aos 12 meses, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
- ⇒ Em grupos de risco de acordo com as indicações à pertinentes a situação epidemiológica do estado ou país.

A vacina a ser utilizada é a tríplice viral (somente na falta desta usar a vacina dupla viral) para os mesmos grupos citados anteriormente.

Todas as medidas deverão ser tomadas para que não venhamos a fracassar nesta nova estratégia de vacinação sejam ela de:

- ⇒ Orientações aos responsáveis pelas crianças da necessidade da realização da vacina obrigatoriamente aos 12 meses (não atrasando esta data);
- ⇒ Manutenção de salas de vacina abertas diariamente;
- ⇒ Administração diária de todas as vacinas (não agendar dias da semana para determinadas vacinas)
- ⇒ Atenção rigorosa nos registros após a aplicação de vacina (para que possamos ter coberturas reais). Florianópolis, setembro 2002.

DEFINIÇÕES REFERENTES AO SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO – SC

REVISÃO DO “MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA VACINAÇÃO” (REUNIÃO REALIZADA NOS DIAS 01, 02 E 03 DE ABRIL DE 2002 COM OS TÉCNICOS QUE REALIZAM TREINAMENTO DE SALA DE VACINA NO ESTADO DE SC

- ⇒ Atualmente, a HIB está a disposição nas salas de vacinas para todas as crianças de 1 a 4 anos de idade (4^a 11m e 29d);
- ⇒ A vacinação de bloqueio deve ser realizada para todas as doenças imunopreveníveis, quando da investigação de um caso suspeito (sempre seletivo). Ela não deve ser apenas utilizada nos casos de Sarampo e Rubéola, mas também nos casos de difteria, tétano e coqueluche. Nos casos de hepatite B, realizar vacinação dos contatos conforme a norma de Vigilância epidemiológica das hepatites virais.
- ⇒ Para vacinação de rotina, considerar o intervalo mínimo da Sabin de 45 dias. Em situações especiais como viagem, cirurgia, este intervalo pode ser reduzido para 30 dias;
- ⇒ As salas de vacinas que serão construídas devem seguir a orientação da gerência de imunização, quanto à metragem, tipo de parede, etc. e cabe ao técnico da Regional de Saúde orientar, já na etapa de construção, observando as normas. As salas que já estão credenciadas poderão permanecer funcionando desde que não coloquem em risco a população ali atendida;
- ⇒ Para resguardar as condições de proteção ao meio ambiente e à saúde da população, ficou definido que frascos de vacinas (vazio ou com solução) composta por material vivo atenuado deve ser inativado independente da coleta e destino final do lixo da unidade, conforme Resolução nº283, de 12 de julho de 2001, sobre tratamento e destino final de serviços de saúde;
- ⇒ A utilização de imunobiológicos sob suspeita deve ser suspensa e estes mantidos sob refrigeração e encaminhados a regional. A regional de Saúde deve comunicar à GERIM por telefone e através do formulário, e a orientação sobre desprezo ou reutilização do imunobiológico, deve ser enviada o mais breve possível pela GERIM à Regional de Saúde, e desta para o município.
- ⇒ Implantar, junto aos municípios, impresso da temperatura em que chegam as vacinas.
- ⇒ O intervalo mínimo para reforço da Sabin e DTP é de 6 meses. Portanto, as crianças podem e devem ser vacinadas obedecendo este intervalo.
- ⇒ Não há necessidade de aplicação do PPD determinar a aplicação do BCG.
- ⇒ Recém nascidos coabitantes de foco bacilífero de TB, não deve administrar BCG. Esta criança irá fazer quimioprevenção (consultar o guia de Vigilância Epidemiológica – Tuberculos);
- ⇒ O gelox tem prazo de validade, e para conservação da vacina só utilizar os que não estão vencidos e os quais, pela observação não estão determinados;
- ⇒ A vacina contra Hepatite B deve ser aplicada meia dose (0,5 ml) até 10 anos, 11 meses e 29 dias (independente do laboratório produtor). A partir de 11 anos deverá ser aplicado 1 ml.
- ⇒ A vacina do Sarampo será retirada a partir 2003 e substituída pela VTV, após 12 meses de idade.
- ⇒ A organização da geladeira será realizada utilizando a primeira prateleira para vacinas podem sofrer congelamentos. As que não podem devem ficar na segunda prateleira.
- ⇒ As salas de vacina deverão funcionar e permanecer abertas no horário de funcionamento do posto.
- ⇒ Termômetro digital – deixar os dois por enquanto. As pilhas duram de 6 a 8 meses.
- ⇒ Temperatura ideal para sala de vacina é de 18° C.
- ⇒ Todas as vezes que a regional enviar disquete do API, anexar o relatório de acompanhamento mensal, após analisado.
- ⇒ Em crianças prematuras (peso abaixo de 2kg ou idade gestacional abaixo de 28 semanas realizar 4 doses de hepatite B, uma dose ao nascer, uma com um mês, uma com dois meses e a 4^a aos 6 meses a partir da 1^a dose (conforme norma da CRIE)).
- ⇒ Em todos os municípios os imunobiológicos especiais e as campanhas deverão ser digitadas no API, inclusive o soro de animais peçonhentos;
- ⇒ BCG, SE NÃO TIVER SINAL DE PEGA – revacina-se 6 meses após a 1^a dose.
- ⇒ Entrega de vacinas somente na primeira semana de cada mês;
- ⇒ Uso de caixas de poliuretano, para transporte e nas salas de vacinas.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

PARECER FINAL DA ORIENTADORA

O presente relatório cumpre todas as exigências e requisitos do trabalho final da disciplina, comprovadamente por: — demonstrar as etapas de exploração técnica do tema, planejamento e execução das atividades práticas; revelar compromisso técnico e ético dos autores para com a qualidade de suas ações assistenciais, relações pedagógicas e produções acadêmicas; — refletir o desenvolvimento de habilidades profissionais essenciais, de curso geral, educativas e assistencial e, finalmente, pela excelente qualidade do estudo apresentado. Fica explicitada, no texto final, a contribuição gerada, coerente aos anseios e desafios da enfermagem brasileira e a proposta do curso de enfermagem da UFSC.

Flóris, 19 de fevereiro de 2003

Flávia Ramos.